

（表）

在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

（申請者）住 所 _____
 氏 名 _____
 続 柄 _____
 連 絡 先 _____

藤岡市在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき補助金の交付を申請します。なお、申請を行うにあたり、補助対象資格の要件に係る私の世帯の住民基本台帳情報、税情報その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

フリガナ			介護保険 被保険者番号	
対象者				
生年月日	年 月 日	電話番号		
住所				
1日の紙おむつ等交換枚数	紙おむつ	枚	パッド	枚
申請対象 期間	該当する期間に○をしてください。 1～6月 ・ 7～12月 購入分		申請額合計	円
購入年月	申請額（購入額）	購入年月	申請額（購入額）	
年 月分	円	年 月分	円	
年 月分	円	年 月分	円	
年 月分	円	年 月分	円	
申請対象期間内の【施設入 所・短期入所・入院】日数 を記入してください。	月 日間	月 日間	月 日間	
	(施設・短期・入院)	(施設・短期・入院)	(施設・短期・入院)	
	月 日間	月 日間	月 日間	
	(施設・短期・入院)	(施設・短期・入院)	(施設・短期・入院)	

振 込 先 依 頼 欄	希望の口座に○をしてください。※初回申請の場合は記入必須。2回目以降の申請は記入省略可。 補助金は（下記の口座 ・ 前回と同じ口座）に振り込んでください。									
	金融機関コード				店舗コード				預金種別	
	銀行 信金 信組 農協 労金				本店 出張所 支店 営業部				普通・当座	
	口座番号（右詰め）					口座名義人（カナ）				

補助対象要件に係る私の世帯の住民基本台帳情報、税情報その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します（申請者が対象者本人の場合は署名不要）。

対象者氏名

記 入 欄	1	2	3	4	5	6	1～6月 世帯課税	月額	住定日	滞納 有・無	上限額	円
	7	8	9	10	11	12	7～12月 世帯課税	月額	認定状況等	決定額	円	

(裏)

◇居宅介護支援事業所を利用している場合は、記入してください。

居宅介護支援事業所名	
担当者	

◇補助金額

紙おむつ等の購入費について、世帯の住民税課税状況に応じた上限額まで補助されます。
補助上限額については、次のとおりとなります。

世帯の住民税課税状況	月額上限額	申請対象期間ごとの上限額※
住民税非課税世帯	3,000 円	3,000 円×6 ヶ月=18,000 円
住民税課税世帯	1,500 円	1,500 円×6 ヶ月=9,000 円

※世帯の住民税課税状況は7月で切り替わります。課税、非課税の変更により上限額も変わりますので、ご承知おきください。また、申請対象期間内に次の事由に該当する日数が月の2分の1に相当する日数を超えた場合、その月の上限額が減額されます。

- ①要介護認定の更新や変更により、要支援の認定をされた
- ②転入又は転出により本市に居住していない期間がある
- ③施設入所、短期入所、入院など在宅生活を離れた
- ④紙おむつを常に使用する必要がなくなった

◇レシート・領収書について

- ・対象期間内に購入した、対象となる商品項目のレシート等をこの書類とともにお持ちください。
- ・レシート等は商品名・購入日・購入額・購入店舗が記載されている原本としてください。
- ・全てのレシート等の余白に被保険者番号を記入してください。
- ・ポイント・お買い物券等の利用分については補助対象額から除きます。

◇対象となる商品項目

- ・紙おむつ
- ・紙パンツ
- ・尿取りパッド
- ・使い捨て手袋
- ・おしりふき

◇注意

審査の結果、補助の対象とならないこともあります。