

(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

①

(宛先) 藤岡市長

※本人が死亡した場合等を除き、原則対象者本人で申請してください。

(申請者)

住所 藤岡市中栗須327  
氏名 藤岡 太郎  
続柄 ( 本人 )  
連絡先 40-2294

②

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	フジオカ タロウ		介護保険 被保険者番号	12345	
対象者	藤岡 太郎				
生年月日	S3年 2月 7日		電話番号	40-2294	
住所	藤岡市中栗須327				
1日の紙おむつ等交換枚数	紙おむつ 2枚		パッド 5~6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	※申請者の口座と異なる場合は、別紙委任状を添付してください。
購入年月	申請額 (購入額)		購入年月		
③	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
④ 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。	1月 20日間 (施設・短期・入院)		2月 6日間 (施設・短期・入院)		3月 8日間 (施設・短期・入院)
	4月 7日間 (施設・短期・入院)		5月 30日間 (施設・短期・入院)		6月 15日間 (施設・短期・入院)

⑤ 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	1	2	1	1	店舗コード	0	3	5	預金種別
	しのもめ		銀行 信金 信組 農協 労金			藤岡		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)				
	0	1	2	3	4	5	6	フジオカ タロウ		

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)

⑥

対象者氏名

本人申請の場合、署名不要です

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

## ⑦

◇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	〇〇〇居宅介護支援事業所
担当者	〇〇〇〇〇〇

## ◇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。