

年 月 日

富士宮市紙おむつ購入費（配送費）助成申請書

富士宮市長 宛

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、富士宮市紙おむつ購入費助成券等の交付の申請をします。

申請者情報	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒 電話（ ） —		
	要介護認定等	無 ・ 有（要支援 1 ・ 2／要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5） 居宅介護支援事業所：		

私は、このサービスを受けるに当たり、私の属する世帯の所得状況及び私の介護認定調査に係る個人情報が必要に応じて市が調査することに同意いたします。

年 月 日 申請者氏名 _____

委任状

委任者 住 所 _____
(申請者)
氏 名 _____

私に交付される紙おむつ購入費（配送費）助成券の受け取りを下記の者に委任します。

受任者 住 所 _____
氏 名 _____

紙おむつ購入費助成券 円分、配送費助成券 回分を受け取りました。 受領欄

利用者のアセスメント（必須）

※担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員が記入してください。（本人記述不可）

記入日	年	月	日	被保険者番号	
所 属				対 象 者 氏 名	
記入者				介 護 度	
連絡先					

[] 内の該当するものについて、**丸で囲む** 又は記入してください。

（１）常時寝たきり又はそれに近い状態かどうか

- ・立位保持ができるか [自立 ・ 要介助 ・ できない]
- ・トイレまでの移動 [自立 ・ 要介助 ・ できない]
- ・寝たきりの状態 [非該当 ・ 該当]

（２）排尿・排便に支障があるかどうか

- ・トイレで排尿・排便ができるか [できる ・ できない]
- ・自分で衣服の着脱ができるか [できる ・ できない]
- ・尿意・便意を自分で感じる事ができるか [できる ・ できない]

（３）失禁の原因となっている疾病など

- ・失禁等について医師から診断が出ているか [出していない ・ 出ている]
- ・認知症について医師から診断が出ているか [出していない ・ 出ている]

※医師から診断が出ている場合、疾病名を記入してください

--

（４）週の半分以上在宅での生活かどうか

[在宅 ・ その他]

（５）配送費助成券の希望の有無

[高齢者のみ等のため希望有 ・ 無]

<富士宮市記入欄>

紙おむつ 購入費 助成券	◆市民税課税世帯又は要支援１・２、認定なし ☐ 年間 5,000 円 : 1,000 円 × 5 枚 ◆市民税非課税世帯で要介護１～５又は疾病等により失禁が認められる ☐ 年間 20,000 円 : 1,000 円 × 20 枚 (申請日 4 月 1 日～ 6 月 30 日) ☐ 年間 15,000 円 : 1,000 円 × 15 枚 (申請日 7 月 1 日～ 9 月 30 日) ☐ 年間 10,000 円 : 1,000 円 × 10 枚 (申請日 10 月 1 日～ 3 月 31 日)
配送費 助成券	☐ 該当 (枚) 高齢者のみ等の世帯のため ☐ 非該当