

西川町介護保険特別給付(紙おむつ購入費の支給)事業利用申請書

年 月 日

西川町長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

介護保険条例第 2 条による紙おむつ購入費の支給を受けたいので、介護保険特別給付事業実施規則の規定により次の通り申請します。

利用 対象 者	住 所		被保険者 番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	世帯主		電 話	
	状 況	1. おむつが必要になった時期 年 月 頃から 2. おむつの利用状況 ア、常時 イ、夜間のみ ウ、必要時のみ 3. 月当りおむつ利用額 約 _____ 円/ 月 4. 要介護認定 要介護 2 3 4 5 (認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日) 5. その他特記事項		

上記利用対象者は、本町に住所を有し、居宅要介護被保険者で要介護2以上、常時失禁状態であることを確認しました。また、介護保険施設(短期入所は除く)に月の半分以上期間入所した場合は支給しないものとするを了承し、その旨を地域包括支援センターに報告いたします。

担当介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

※居宅サービス計画の作成契約を締結していない場合は地域包括支援センターの職員でも可  
町記入欄

確 認 事 項	要介護 認定	要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日まで
	判定	適	却下(理由	)