

共和町社会福祉協議会「紙おむつサービス支給内容」

1. 支給日について

毎月5日（5日が土曜・日曜・祝日でも伺います。）

※5日の都合が悪い時には、下記業者へ連絡し配達日をご相談して下さい。

業者が配達時に留守等で不在のときには、書き置きして商品を届けることがあります。
(商品を袋か段ボールに入れて届ける)

2. 配達について

毎月5日に、下記の委託業者が配達します。

3. 支給額について

月額3,000円を限度として支給します。

4. 支給商品について

現在使用している紙おむつとする。

※紙おむつの種類を変更したい場合には、下記業者へ連絡・相談してください。

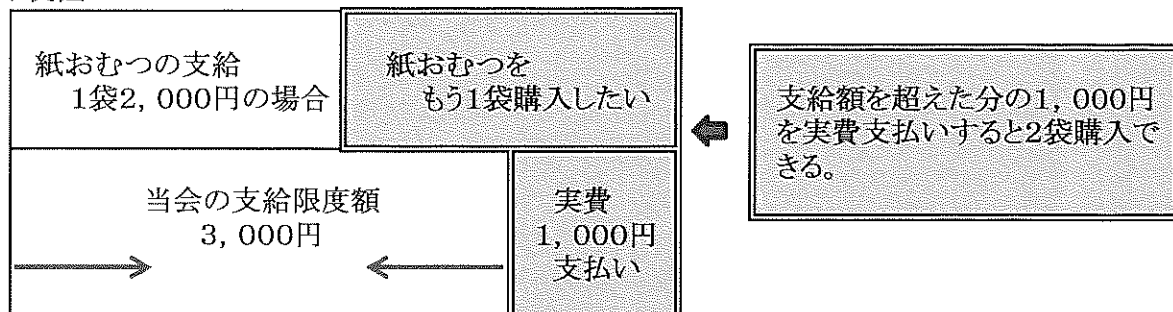
5. 実費購入について

毎月の支給限度額は月額3,000円ですが、3,000円以内で支給額を受けている方は、その支給分との差額を使い実費で更に購入することもできます。

※実費分の支払いは業者となります。

個人により商品の値段が違うため、実費分も変わってきますので、業者へ相談下さい。

◆例図



6. 配達業者

有限会社 うえるサプライ

〒047-0031 小樽市色内3丁目2番8号

〈電話〉0134-27-1809 〈ファックス〉0134-26-6110

紙おむつサービス支給事業申請書

令和 年 月 日

共和町社会福祉協議会長 様

申請者 [住 所] 共和町
 [氏 名] _____ (印)
 (対象者との続柄)
 [電 話] _____

下記により、紙おむつ支給事業の支給を受けたいので申請します。

対象者 (使用者)	住 所	共和町		電話	
	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	生	(満 歳)
家族構成 (同居者)	本人、 ()				
おむつ使用 開始年月	年 月頃から				
おむつ 種別等	タイプ別	品 名		サイズ	
	<input type="checkbox"/> フラットタイプ	()	()	()	()
	<input type="checkbox"/> テープ止めパンツタイプ	()	()	()	()
	<input type="checkbox"/> リハビリパンツタイプ	()	()	()	()
	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	()	()	()	()

介護保険対象者記入欄							
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5
認定有効 期 限	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年 月 日
被保険者 番 号	※被保険者証(写)添付						

身体障害者(児)対象者記入欄	
区 分	<input type="checkbox"/> 身体障害者 (種 級) / 種別 ()
手 帳 交付日	M・T・S・H・R 年 月 日 ※身体障害者手帳(写)添付

私はこの申請に関して、必要な書類を別紙のとおり提出します。

1. 介護保険法に基づく被保険者証(写)及び介護保険料徴収通知書(写)
 2. 身体障害者手帳(写)及び市町村民税非課税世帯であることが証明できる書類(写)
- ※申請者本人及び世帯員全員分が必要となります。