

おむつ代助成金請求書

杉並区長 宛

年 月 日

下記のおむつ代助成金を請求いたします。

(利用者)

住 所 _____ 電話 _____

(フリガナ)

氏 名 _____



●利用者が亡くなられた場合に、ご記入ください。

(請求者)

住 所 _____ 電話 _____

(フリガナ)

氏 名 _____ 利用者との関係 _____

請求額	円
-----	---

内 訳

入院月	おむつ代として支払った金額	請求額
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円

※訂正は、箇所ごとに訂正印(請求印と同じもの)を押してください。

【添付書類】

- 病院の領収書原本(コピー不可)…「氏名・おむつ代・金額・使用期間」が明記されて領収印があるもの
- 病院内売店・病院指定業者等の領収書原本(コピー不可)…「氏名・おむつ代・金額・購入日」が明記されて領収印があるもの、及び入院期間が確認できるもの(病院の領収書など)
- 利用者が亡くなられた場合…利用者との続柄がわかるもの(戸籍謄本の写しなど)

- ◇ 退院して自宅等に戻られた方や、おむつの持ち込める病院に転院した方で、引き続きおむつ等が必要な方は商品の配送手続きをしてください。専用カタログから月7,000円を上限に、選んだ商品を毎月自宅等に配送します。
- ◇ 当月分の配送や変更は、毎月5日（土・日・祝日の場合はその前日）までにご連絡ください。しめきりを過ぎると翌月からの配送になります。
- ◇ 同月におむつの配送とおむつ代金の助成を重複して利用することはできません。

利用に関する問い合わせは

杉並区保健福祉部高齢者在宅支援課管理係

電話 3312-2111

商品に関する相談、配送再開、変更は

杉並区薬剤師会 おむつ相談窓口（午前9時から午後5時まで）

電話 0120-8910-78