

## 介護用品支給等申請書

年 月 日

杉並区長 宛

次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	住所	〒 _____ 杉並区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号	生 年 月 日	明 大 昭	年	月	日	
	フリガナ	_____						
	氏名	_____						
	電話	_____						
電話 連絡 先	※申請者(利用者)以外の場合のみ、ご記入ください。							
	住所	〒 _____	電話					
	フリガナ	_____	申請者(利用者)との関係					
	氏名	_____						
現 在 の 状 況	介護保険の要介護度	要介護	1	2	3	4	5	※要介護 1・2の方は「身体状況確認書」の提出が必要です。
	<input type="checkbox"/> 在宅（自宅・有料老人ホーム・グループホーム等） → 配送 <input type="checkbox"/> 入院中（医療保険適用 ・ おむつの持ち込み可） → 配送 <input type="checkbox"/> 入院中（医療保険適用 ・ おむつの持ち込み不可） → 助成金							
● 次の障害をお持ちで、失禁状態のため常におむつが必要な方は「心身障害者おむつ支給制度」をご利用ください。 お問い合わせは「障害者施策課障害者手当・医療係」までお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級、もしくは直腸ぼうこう機能障害4級で高度排尿機能障害の手帳をお持ちの方 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺もしくは進行性筋萎縮症の方 <input type="checkbox"/> 愛の手帳1～4度の手帳をお持ちの方 <hr/> <input type="checkbox"/> 「心身障害者おむつ支給制度」を利用しない(上記「現在の状況」で、助成金に該当するため)								

私は、介護用品支給決定又は区が必要とした場合、住民記録情報・税情報等区が保有する個人情報の利用に同意します。  
また、申請書の内容を区が委託した事業者に提供することに同意します。

介護用品の申請は月末締切り、翌月から自宅等に配送します。おむつ代助成金は、申請月分から請求できます。

申請者(利用者)氏名 \_\_\_\_\_

窓 口 に 来 た 方	住所	_____	電話
	フリガナ	_____	申請者(利用者)との関係
	氏名	_____	



## 【裏面】

- ① おむつ代の助成は、入院した病院がおむつ持込み不可で、かつ介護保険の適用病床ではない場合（医療保険適用の一般病床や医療型療養病床であった場合）に受けられます。
- ② 介護用品支給等申請書が提出された月以降から助成の対象になります。
- ③ 同一月で介護用品の現物配送を受けた月はおむつ代の助成は受けられません。

※ 承認した月の翌月上旬に、決定通知とともに詳しいご案内をお送りします。

◎ **次のいずれかに該当される方のみ**、下記に個人番号をご記入ください。

- ① 申請者（利用者）が **65歳未満** で1月1日現在、杉並区に住所を有しない方
- ② 介護保険被保険者証の発行（保険者）が **杉並区外** の方で1月1日現在、杉並区に住所を有しない方（区内の住所地特例対象施設に入所した方で1月1日現在、杉並区内に住所を有しない方）

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※個人番号（マイナンバー）とは

「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に定める個人番号をいいます。

※上記の個人番号は、介護用品の支給に関する資格要件及び利用料（費用負担）の判定に限定し利用し、それ以外の目的で取扱うことはありません。

◎ **個人番号の提供に伴う書類の提示等について**

上記、個人番号を記入された場合、以下の①及び②の確認書類の提出が必要となります。

①個人番号が確認できる書類

例：通知カードのコピー、個人番号の記載のある住民票の写し等

②身元（実在）確認できる書類

例：運転免許証、身体障害者手帳、旅券等

※上記に掲げる確認書類がお手元にはない場合は、お手数ですがお問い合わせ先までご連絡ください。

## 【問い合わせ先】

杉並区役所 保健福祉部高齢者在宅支援課管理係  
電話03-3312-2111（代表）