

認定番号



おむつ持込可否確認書

杉並区では、おむつの持ち込みができない病院（病棟）に入院し、要件を満たす高齢者等におむつ費用の代金助成を行っています。
このサービス利用の申請にあたり、下記についてご記入をお願い申し上げます。

入院患者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明 大 昭 年 月 日
	住 所	杉並区

●以下、病院の方がご記入ください。

<病院 ご担当者様>

- ・ 確認書発行に文書料が発生する場合は、あらかじめ申請者にその旨をご説明ください。
- ・ おむつ費用の代金助成は、以下の場合は「助成対象外」となります。
 - ①入院病床が介護保険の適用病床である場合
 - ②おむつの持ち込みができる場合

確認書作成前に、その旨を申請者にお伝えいただきますようお願いいたします。
お手数をおかけいたしますが、よろしくお願いいたします。

1. 入院病床は、介護保険の適用病床ですか。 (いいえ ・ はい)

2. おむつの持ち込みはできますか。 (できない ・ できる)

3. 入・退院状況 年 月 日 入院

年 月 日 退院・入院中

⇒ 助成金対象外

↳ 助成金対象外
商品配送による
おむつ支給となり
ます。

医療機関名
所在地

印

年 月 日 記入

《問合せ先》 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)