第８号様式（第８条関係）

認定番号

収受印

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、医療機関の方がご記入ください。

＜医療機関　ご担当者様＞
（1）確認書発行に医療機関指定の文書料がかかります。
（2）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
以上、確認書作成前に、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。

助成金対象外

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 ）

助成金対象外
商品配送による
おむつ支給となります。

３．入・退院状況　　年　　月　　日　入院

　　年　　月　　日　退院・入院中

医療機関名
所　在　地

㊞

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　０３－５３０７－０６４９

R8.4