第８号様式（第８条関係）

認定番号

記入例

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	スギナミ　　ナミスケ 杉並　　なみすけ
	生年月日	明 大 昭　　〇〇　年　〇〇 月　〇〇 日
	住　　所	杉並区阿佐谷南１－１５－１

●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
（2）おむつ費用の代金助成
①入院病床が介護保険
②おむつの持ち込み
以上、確認書作成前に、
お手数をおかけいたしま

以下は医療機関が記入してください。
※設問１が「いいえ」かつ設問２が「できない」に〇がない場合は、助成金の対象外です。
※助成金の対象となることを医療機関に確認した上で、発行を依頼してください。

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　〇 年　〇〇 月　〇〇 日 入院

〇 年　〇〇 月　〇〇 日 退院・入院中

医療機関名
所　在　地

医療機関情報

㊞

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