第８号様式（第８条関係）

記入例

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。

利用者氏名、生年月日、住所をご記入ください。

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。

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　令和〇 年　〇月　〇日　入院

令和〇 年　〇月　〇日　退院　入院中

医療機関名
所　在　地

印

令和〇年　〇月　〇日　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)

R3.1