

第1号様式(第6条)

浦安市障がい者等紙おむつ・おむつ購入費給付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

紙おむつ又はおむつ購入費の給付を受けたいので、浦安市障がい者等紙おむつ・おむつ購入費給付事業の実施に関する規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	フリカナ			生 年	大正・昭和・平成・令和		
	氏 名			月 日	年 月 日	生	
	住 所	浦安市		電 話 番 号	()		
	申 請 区 分	紙おむつの給付 商品や数量等は、裏面のとおりに 以前の購入費の給付を廃止します。					
		おむつ購入費の給付(入院の場合) ・病院等の名称 () ・病院等の所在地() ・電話番号 () ・入院期間 年 月 日から 年 月 日まで					
		おむつ購入費の給付(入院以外の場合) 以前の「紙おむつの給付」を廃止します。					
	対 象 者 区 分	身体障がい者	程度等級	() 級			
知的障がい者		障がいの程度	()				
精神障がい者		障がい等級	() 級				
日常生活においておむつ等の装着を必要としている							
備考 対象者住所以外に紙おむつの配達を希望する場合は、以下にご記入ください。 (市内に限る) 住所 浦安市 電話番号 氏名 続柄							

添付書類

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者にあつては、その写し

【窓口提出の場合】 窓口に来た方の情報 をご記入ください。	住 所			
	氏 名		続柄	
	電話番号	()		

紙おむつ給付申請一覧表（紙おむつ注文票）

おむつ等の種類	紙おむつ・パット	カタログ 番号	単価	数量 (パック)	金額(円)
		例) 番	円	パック	円
	関連消耗品	カタログ 番号	単価	数量 (パック)	金額(円)
	紙おむつ・ パット及び 関連消耗品 の合計額				

申請の際は必ず上限額及び注文額を確認してください。

重度の方（身体障害者手帳1・2級、療育手帳、Aの1、Aの2、精神障害者保健福祉手帳1級）は月額上限額を12,000円。

中軽度の方（身体障害者手帳3～6級、療育手帳Bの1、Bの2、精神障害者保健福祉手帳2・3級）は、従来どおり6,000円。

関連消耗品の助成数量について

現物給付の場合：重度の方が4点、中軽度の方が2点

購入費の場合：重度の方が4,800円まで、中軽度の方が2,400円まで