

様式第1号（第3条及び第5条関係）

介護用品受給資格認定申請書兼現況届

年 月 日

宮代町長 様

申請者（主たる介護者）

住 所

氏 名

電話番号

対象者との続柄

宮代町高齢者等介護用品支給事業実施要綱

〔 第3条の規定により介護用品を利用したいので下記のとおり申請します。
第5条の規定により下記のとおり現況を届出します。 〕

記

対象者	フリガナ		生年月日	昭和	
	氏 名			年	月
	住 所	宮代町		性 別	
	要介護度 状態区分	要介護	電話番号		
希望する介護用品の 種類及び数量	別添 「宮代町高齢者等介護用品 支給事業支給品目単価一 覧」をもとに裏面に記入				
対象者の現在の状況					
① 対象者の状況を○で囲んでください。 〔 在宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中（ ） 〕					
② 介護用品（紙おむつ等）が必要な理由を記入してください 〔 ） 〕					
支給資格確認のため、対象者の住民税課税状況を照会することに同意します。 年 月 日					
対象者署名 _____					
(代筆の場合)					
代筆者の住所					
代筆者の電話番号					
代筆者の氏名 (対象者との関係)					

令和6年度介護用品希望品目

※単価は、消費税10%込みの価格です。1か月間に使用する個数を申請数欄に記入してください。

No.	品目	メーカー	内包数量	単価(円)	申請数	金額(円)
1	紙おむつ(フラットタイプ)	白十字	30枚	1,310		
2	紙おむつ(テープタイプ M)	白十字	30枚	3,330		
3	紙おむつ(テープタイプ M~L)	白十字	28枚	3,330		
4	紙おむつ(テープタイプ L)	白十字	26枚	3,330		
5	紙おむつ(テープタイプ S)	ユニ・チャーム	22枚	2,070		
6	紙おむつ(テープタイプ M)	ユニ・チャーム	20枚	2,070		
7	紙おむつ(テープタイプ L)	ユニ・チャーム	17枚	2,070		
8	紙おむつ(テープタイプ LL)	ユニ・チャーム	15枚	2,070		
9	紙おむつ(パンツタイプ うす型 M~L)	白十字	22枚	1,900		
10	紙おむつ(パンツタイプ うす型 L~LL)	白十字	20枚	1,900		
11	紙おむつ(パンツタイプ M~L)	白十字	18枚	1,900		
12	紙おむつ(パンツタイプ L~LL)	白十字	16枚	1,900		
13	紙おむつ(パンツタイプ うす型 S)	ユニ・チャーム	22枚	1,920		
14	紙おむつ(パンツタイプ うす型 M)	ユニ・チャーム	20枚	1,920		
15	紙おむつ(パンツタイプ うす型 L)	ユニ・チャーム	18枚	1,920		
16	紙おむつ(パンツタイプ うす型 LL)	ユニ・チャーム	16枚	1,920		
17	尿とりパット(紙パンツ用 2回吸収)	白十字	46枚	1,450		
18	尿とりパット(紙パンツ用 4回吸収)	白十字	36枚	1,450		
19	尿とりパット(紙パンツ用 2回吸収)	ユニ・チャーム	34枚	1,150		
20	尿とりパット(紙パンツ用 4回吸収)	ユニ・チャーム	28枚	1,580		
21	尿とりパット(紙パンツ用 6回吸収)	ユニ・チャーム	20枚	1,610		
22	尿とりパット夜用スーパー(7回吸収)	白十字	22枚	1,450		
23	尿とりパット強力吸収(12回吸収)	白十字	18枚	1,450		
24	尿とりパット長時間あんしん(4回吸収)	ユニ・チャーム	24枚	1,150		
25	尿とりパット一晩中あんしん(8回吸収)	ユニ・チャーム	22枚	1,690		
26	ドライシャンプー	白十字	200g	570		
27	清拭剤	白十字	300ml	650		
28	介護用手袋(使い捨て)	白十字	100枚	790		
29	介護用ぬれタオル(おむつとりかえ用)	白十字	60枚	470		
30	介護用ぬれタオル(からだふき用)	白十字	60枚	390		
合 計						(A)

【 町事務処理欄:申請者の記入不要 】

合計金額5,500円以上の場合		合計金額5,500円未満の場合	
利用者負担額	円	利用者負担額	(B)
合計金額(A) - 4,950円		合計金額(A) × 0.1(円未満切捨)	
公費負担額	4,950円	公費負担額	円
5,500円 × 0.9		合計金額(A) - 利用者負担額(B)	