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

　　令和　　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　 　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　）1. 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７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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 品　目 | メーカー | 内包数量 | 単価(円) | 申請数 | 金額(円) |
| 1 | 紙おむつ(ﾌﾗｯﾄﾀｲﾌﾟ) | 白十字 | 30枚 | 1,300 |  |  |
| 2 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ M) | 白十字 | 30枚 | 3,400 |  |  |
| 3 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ M～L) | 白十字 | 28枚 | 3,400 |  |  |
| 4 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ L) | 白十字 | 26枚 | 3,400　 |  |  |
| 5 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ S) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 22枚 | 2,200 |  |  |
| 6 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ M) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 20枚 | 2,200 |  |  |
| 7 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ L) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 17枚 | 2,200 |  |  |
| 8 | 紙おむつ(ﾃｰﾌﾟﾀｲﾌﾟ LL) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 15枚 | 2,200 |  |  |
| 9 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟうす型 M～L) | 白十字 | 22枚 | 2,000 |  |  |
| 10 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟうす型 L～LL) | 白十字 | 20枚 | 2,000 |  |  |
| 11 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟ M～L) | 白十字 | 18枚 | 2,000 |  |  |
| 12 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟ L～LL) | 白十字 | 16枚 | 2,000 |  |  |
| 13 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟうす型 S) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 22枚 | 2,000 |  |  |
| 14 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟうす型 M) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 20枚 | 2,000 |  |  |
| 15 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟうす型 L) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 18枚 | 2,000 |  |  |
| 16 | 紙おむつ(ﾊﾟﾝﾂﾀｲﾌﾟうす型 LL) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 16枚 | 2,000 |  |  |
| 17 | 尿とりパット(紙ﾊﾟﾝﾂ用 2回吸収) | 白十字 | 46枚 | 1,500 |  |  |
| 18 | 尿とりパット(紙ﾊﾟﾝﾂ用 4回吸収) | 白十字 | 36枚 | 1,500 |  |  |
| 19 | 尿とりパット(紙ﾊﾟﾝﾂ用 2回吸収) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 34枚 | 1,200 |  |  |
| 20 | 尿とりパット(紙ﾊﾟﾝﾂ用 4回吸収) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 28枚 | 1,600 |  |  |
| 21 | 尿とりパット(紙ﾊﾟﾝﾂ用 6回吸収) | ﾕﾆ･ﾁｬｰﾑ | 20枚 | 1,600 |  |  |
| 22 | 尿とりパット夜用スーパー(7回吸収) | 白十字 | 22枚 | 1,600 |  |  |
| 23 | 尿とりパット強力吸収(12回吸収) | 白十字 | 18枚 | 1,600 |  |  |
| 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 | 1,200 |  |  |
| 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 | 1,700 |  |  |
| 26 | ドライシャンプー | 白十字 | 200g | 600 |  |  |
| 27 | 清拭剤 | 白十字 | 300ml | 700 |  |  |
| 28 | 介護用手袋（使い捨て） | 白十字 | 100枚 | 800 |  |  |
| 29 | 介護用ぬれタオル(おむつとりかえ用) | 白十字 | 60枚 | 500 |  |  |
| 30 | 介護用ぬれタオル(からだふき用) | 白十字 | 60枚 | 500 |  |  |
|  | 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　合計金額(A)－４，９５０円 | 円 | 利用者負担額　合計金額(A)×０．１(円未満切捨) | (B)　　　　　　　　　　　円 |
| 　公費負担額　　５，５００円×０．９ | ４，９５０円 | 　公費負担額　　合計金額(A)－利用者負担額(B) | 円 |