

(在宅者・入院患者用)

【福祉事務所記入欄】

ケース番号(員番号): _____

☐ごみ袋支給BOX提出済 ☐ごみ袋支給対象外

☐ごみ袋不要(理由:)

支 給 額					
月	月	月	月	月	月
円	円	円	円	円	円

【生活保護受給者用】被服費（紙おむつ代等）支給申請書

被服費(紙おむつ代等)につきまして、別添、内訳書(請求書)等による費用を申請いたします。
また、在宅生活者の紙おむつ代等支給決定の際には、和泉市紙おむつ用有料指定袋助成金交付要綱に基づき、無料引換券の送付を目的とし、担当課への個人情報提供を行うことを承諾します。

申 請 者 氏 名			
申 請 者 住 所			
紙おむつ等使用者 (申請者と異なる場合のみ記入)		通院・入院して いる医療機関	

ここより下は医療機関記入欄です。

＜おむつ要否意見書＞

- ## 1. 対象者の状況について

傷病・障害名 :

おむつ使用理由： ☐ 常時臥床 ☐ 常時失禁 ☐ 時々失禁
☐ 排便の誘導ができない ☐ 便器の使用ができない

2. 1日に必要なおむつの数 (約 組)

3. 入院時に使用するおむつについて（入院のみ記載）

□ 病院側が用意： 品名 ()
1組あたり単価 円

☐ 患者側が用意（持ち込み可）

4. 今後おむつを引き続いて使用しなければならない見込期間 (ほぼ ヶ月・今回のみ)

5. 4. で今回のみと記入した場合、その理由（治癒・退院・死亡など）及びおむつを必要とした期間

理由：〔 治癒 ・ 退院 ・ 死亡 ・ その他() 〕による
期間： (年 月 日) から (年 月 日) まで

上記に相違ないことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の
所在地と名称

院(所)長
(主治医)

* 「指定医療機関医療担当規程」第7条により無償交付願います。

* 「指定医療機関医療担当規程」第7条により無償交付願います。
(第7条 指定医療機関は、その診療中の患者及び保護の実施機関から生活保護法による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。)

※申請書は6ヶ月毎に主治医の意見書を記入した上で、提出してください。

※支給の際は、オムツの使用が確認できる領収書等の提出が必要です。提出期限は購入した月の翌々月末までです。

＜例＞4月分の領収書については6月末までに当所に届いていなければ支給出来ません