

居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)名	担当者名
〇〇居宅介護支援事業所	阪神 花子

家族介護用品 (おむつ) 支給申請書

記入例

申請者 住所 伊丹市千僧 1-1
(家族) 氏名 伊丹 たみまる
要介護者との続柄 夫
電話番号 (072)000-0000

次のとおり家族介護用品 (おむつ) の支給について申請します。

また、当申請に伴う世帯の所得等について、伊丹市の市税に関する課税状況等の調査を承諾します。

要介護者住所	664-8503 伊丹市千僧 1-1 電話(072)000-0000						
(フリガナ) 要介護者氏名	イミ ハナコ 伊丹 はなこ	男・ 女	明・大・昭 12年3月4日生まれ (86 歳)				
要介護者の状況又は状態	<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症で寝たきり <input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> その他 ()						
世帯の状況 (要介護者以外)	氏名	年齢	続柄		氏名	年齢	続柄
	1 伊丹 たみまる		夫	3			
	2			4			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 常時おむつが必要なため <input type="checkbox"/> その他 (理由:)						
要介護者の介護保険の認定	介護度 4		介護度 5				

※ 要介護者が独居の場合は介護をしている家族の住所・氏名を記入

住所	伊丹市	電話 ()
氏名		続柄

おむつの支給申請品目、数 (ひと月分) 消費税を含む

	品目	1パック価格 (A)	サイズ (いずれかに○)	申請数 (B)	価格 (A) × (B)
1	パンツ型 (はくパンツ)	1,320 円	S・M・ <input checked="" type="checkbox"/> ・LL	3 パック	3,960 円
2	オープンパンツ型 (テープ止め)	1,650 円	S・ <input checked="" type="checkbox"/> ・L	1 パック	1,650 円
3	尿取りパッド (男女兼用)	800 円	—	1 パック	800 円
4	尿取りパッド (長時間用)	880 円	—	パック	円
5	夜用パッド	1,050 円	—	パック	円

※各品目のサイズ (S・M・L等) は地域包括支援センターに相談してください。

合計金額 (C)	6,410 円
利用者負担額 (C) × 10%	641 円

※利用者負担額は合計金額の10%です。ただし、合計金額が6,900円を超える場合、

【690円+(6,900円を超えた金額)】が利用者負担額となります。(1円未満切り捨て)。

変 更

令和6年度用

令和〇年〇月〇日

居宅介護支援事業所(地域包括支援センター)名	担当者名
〇〇居宅介護支援事業所	阪神 花子

家族介護用品 (おむつ) 支給変更申請書

記入例

申請者 (家族) 住所 伊丹市千僧 1-1
氏名 伊丹 たみまる
要介護者との続柄 夫
電話番号 (072)000-0000

次のとおり家族介護用品 (おむつ) の支給について変更申請します。
また、当申請に伴う世帯の所得等について、伊丹市の市税に関する課税状況等の調査を承諾します。

要介護者住所	664-8503 伊丹市千僧 1-1 電話(072)000-0000		
(フリガナ) 要介護者氏名	イミ ハナコ 伊丹 はなこ	男・ 女	明・大・昭 12年3月4日生まれ (87歳)
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> おむつの品目・過不足を調整するため <input type="checkbox"/> その他 (理由:)		

※変更理由を必ず記入してください。

おむつの支給申請品目、数 (ひと月分) 消費税を含む

	品 目	1パック価格 (A)	変更前		変更後		金額 (A) × (B)
			【パック単位】 サイズ	【パック単位】 サイズ	【パック単位】 サイズ	【パック単位】 サイズ	
1	パンツ型 (はくパンツ)	1,320円	L	3パック	M	2パック	2,640円
2	オープンパンツ型 (テープ止め)	1,650円	M	1パック	M	1パック	1,650円
3	尿取りパッド (男女兼用)	800円	—	1パック	—	0パック	円
4	尿取りパッド (長時間用)	880円	—	パック	—	2パック	1,760円
5	夜用パッド	1,050円	—	パック	—	パック	円

※変更前のサイズや数量が不明な場合は、地域包括支援センターへお問い合わせ・相談してください。

合計金額 (C)	6,050円
利用者負担額 (C) × 10%	605円

※利用者負担額は合計金額の10%です。ただし、合計金額が6,900円を超える場合、**【690円+(6,900円を超えた金額)】**が利用者負担額となります。(1円未満切り捨て)。