様式第４号（第５条関係）

# 紙おむつ等購入指定店（変更）届出書及び

# 紙おむつ等購入費代理受領届

| 区　分 |
| --- |
| 新規・変更 |

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
| --- | --- |
| フリガナ | |
| | 生年月日 |
| | 明・大・昭<br>年　月　日 |
| 指定する紙おむつ等取扱店 | |
| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地　〒<br>電話番号　（　） |
| 事業所を変更する場合の事由等 | ※事業所を変更する場合のみ記入して下さい<br>変更年月日<br>（　年　月　日付） |

（あて先）山鹿市長　様

上記の紙おむつ等購入指定店において購入した紙おむつ等購入費の市負担分の受領を委任します。

年　月　日

住 所　山鹿市

電話番号　－　－

被保険者

氏 名

| 保険者確認欄 | |
| --- | --- |
| | □受給者資格 |
| | □届出の重複 |
| | □おむつ購入指定事業者番号 |

（注意）

1. この届出書は、要介護認定の申請時、若しくは、おむつ購入指定店が決まり次第速やかに山鹿市長寿支援課へ提出してください。
2. おむつ購入指定店を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず山鹿市に届け出てください。届出のない場合、購入に係る費用を、全額負担していただくことがあります。

※この届出書を山鹿市長寿支援課へ提出する際は、「介護保険証」をご持参下さい。

様式第４号（第５条関係）

# おむつ購入指定店（変更）届出書及び
# おむつ購入費代理受領届　記入例

被保険者様の氏名（フリガナ）、被保険者番号、生年月日を記入して下さい。

新規・変更の別を丸で囲んでください。

| 区　分 |
|---|
| 新規・変更 |

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
|---|---|
| フリガナ　ヤマガ　タロウ | １０００５５５５５５ |
| 山鹿　太郎 | 生年月日<br>明・(大)・昭<br>１１年　１月１５日 |

| 指定するおむつ取扱店 | |
|---|---|
| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地　〒８６１-０５３１ |
| 山　鹿　屋 | 山鹿市中 000 番地<br>電話番号　０９６８（４３）０００ |
| 更する場合の事由等 | ※事業所を変更する場合のみ記入して下さい |

おむつ購入指定店へ届出書を持参し、記名又は押印をいただいて下さい。申請者様が事業所名を書くことはできません。

変更年月日

（　　年　月　日付）

山鹿市長　様

上記のおむつ購入指定店において購入おむつ購入費の給付費受領を委任します。

必ず日付を記入して下さい。

令和４年　４月　１日

住 所　山鹿市山鹿 000 番地

電話番号０９６８－ ４３ － １１８０

被保険者

氏 名　　山　鹿　　太　郎　　（長女：花子）

家族の方が出される場合には、続柄と氏名を記入して下さい。

| 保険者確認欄 | |
|---|---|
| | □受給者資格 |
| | □届出の重複 |
| | □おむつ購入指定事業者番号 |

（注意）

3. この届出書は、要介護認定の申請時、若しくは、おむつ購入指定店が決まり次第速やかに山鹿市介護保険課へ提出してください。
4. おむつ購入指定店を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず山鹿市に届け出てください。届出のない場合、購入に係る費用を、全額負担していただくことがあります。

※この届出書を山鹿市長寿課へ提出する際は、「介護保険証」をご持参下さい。