

〈歳末たすけあい募金事業〉

認知症及び寝たきり高齢者等おむつ助成金交付事業

1. 目的

寝たきりの高齢者等に紙おむつ・リハビリパンツなど購入費用の一部を助成し、本人や家族の経済的負担の軽減を図ります。

2. 対象者

町内に住所を有し施設入所していない方が日常的に紙おむつ等の使用が必要な状態で下記の全てに該当する

(1) 介護保険の要介護1以上の認定を受けている。

(2) 紙おむつ・リハビリパンツ・紙パンツ用尿とりパットを常時使用している

※特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等の介護保険施設に入所されている方は、施設利用料の中で賄われているため対象になりません。

3. 申込方法

下記申込書に必要事項を記入し、今年1月から11月までに購入した紙おむつ等の領収書（合計が1万円以上）と介護保険者証を提出する。

4. 交付方法

様似町社会福祉協議会で申込書等を確認の上、申込者宛に交付決定通知書送付後1万円を助成いたします。

5. 申込期間

申込期日は、10月5日（月）～11月27日（金）

6. 申込及び問い合わせ先

様似町社会福祉協議会

様似町大通2丁目98番地の2

様似町保健福祉センター内

電話 36-4505（担当 長森まで）

紙おむつ助成金交付申込書

様似町社会福祉協議会長 様

令和 年 月 日

| | | | | |
|-------|-----------|-------|----------|-------|
| 申込者氏名 | | 申込者住所 | 電話番号 | — |
| 対象者氏名 | | 対象者住所 | | |
| 要介護 | 1・2・3・4・5 | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 月 日 |

＊申込者と対象者が同居世帯又は申込者が対象者の場合は、対象者の住所の記載は不要です。

【交付申込書に記載された個人情報、本事業運営管理のみに利用させていただきます。】