

〔 記入例 〕

様式第 1 号（第 4 条関係）

佐倉市紙おむつ等購入助成申請書

〇年 〇月 〇日

（宛先）佐倉市長

紙おむつ等の購入に要する費用の助成を受けたいので、佐倉市紙おむつ等購入助成に関する規則第 4 条第 1 項の規定により次のとおり申請します。

対象者	フリガナ	サクラ タロウ	生年月日	大正・昭和・平成
	氏名	佐倉 太郎		〇〇年 〇月 〇〇日 (〇〇 歳)
	住所	佐倉市 海隣寺町 9 7 番地		

どちらかに☑

居住地	☐ 住所と同じ							
	☒ 住所と異なる 佐倉市 ◇◇◇ 1-2-3 (※実際に居住している場所を記入してください。) (※市外に居住又は入院中若しくは介護保険施設入所の方は対象外です。)							
	電話番号 0 4 3 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇							
	対象区分 (いずれかに○)		1 高齢者(65歳以上)	要介護 5	要介護 4	要介護 3		
		2 身体障害者(6歳以上)	1 級		2 級			
		3 知的障害者(6歳以上)	①	①の1	①の2	Aの1	Aの2	

どちらかに☑

申請者	☐ 対象者本人（当欄記入不要） / ☒ 対象者の家族（以下に記入）			
	フリガナ	サクラ ハナコ	対象者から見た続柄	長女
	氏名	佐倉 花子		
住所	☐ 対象者と同じ			
	☒ 対象者と異なる △△△市×××× 4-5-6			
	電話番号 0 9 0 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇			

助成決定に際し、必要のある場合には身体、精神状況等について、佐倉市長が公簿により確認することに同意します。また、申請内容に変更があった場合は、速やかに市に報告します。

郵送希望の場合
こちらに☑

対象者氏名 佐倉 太郎 佐倉 印

助成券の 交付方法	☒ 郵送 → 送付先 (対象者居住地 ・ 申請者住所)
	☐ 窓口 → 受領者 ()

受付者確認欄 No. /

担当：高齢者福祉課 生きがい支援班 (TEL:043-484-6243)

「佐倉市・紙おむつ等購入助成券」の利用にあたってのご案内

【対象者について】

- ◆ 佐倉市の住民基本台帳に登録かつ市内に居住しており、現在入院および介護保険施設に入所していない方で、以下のいずれかに該当する場合「対象者」となります。

①65 歳以上の要介護 3～5 の方

②6 歳以上の身体障害手帳 1～2 級・療育手帳④～A（重度以上）の方

本人が入院中や介護保険施設に入所中の場合、また市外に居住の場合（住民票を異動しない場合も同様）には、助成の対象外となります。

そのため、交付後に制度の対象外となった際には、既に交付された助成券は無効となりますので、速やかに佐倉市高齢者福祉課に助成券をご返還ください。

【購入について】

- ◆ 助成券を利用して購入いただける対象商品は、次の5品目のみです。これ以外の商品の購入には、ご利用いただけません。

- ・紙おむつ類
- ・尿取りパッド類
- ・おしりふき（からだふきも可）
- ・使い捨て手袋
- ・おむつ処理用の消臭袋

対象外の一例

防水シート・シャンプーアップ・
除菌ウェットティッシュなど

- ◆ 助成券は、「助成券登録事業者一覧」掲載の店舗・事業所にてご利用いただけます。
- ◆ 助成額は、ひと月あたり 3,000 円（1,500 円×2枚）です。
 - ・助成券左上に印字されている指定月以外は利用できません。
 - ・購入時の合計金額が助成金額以上（1枚利用時…1,500 円以上、2枚利用時…3,000 円以上）の場合に利用できます。
 - ※合計が助成金額に達していない場合は、利用できませんので、ご注意ください。
- ◆ 助成券には、必ず購入者氏名を記入のうえご利用ください。
- ◆ 令和 4 年 3 月より、「電話番号」欄が追加されました。こちらは、助成券を利用して購入した商品について、店舗から利用者への問い合わせを円滑に行う為のものになりますので、ご記入の程お願いいたします。

【取扱について】

- ◆ 助成券は、再発行できませんので、紛失などしないようご注意ください。
- ◆ 助成券記載の個人情報に関してご要望がある方は、下記の担当へお申し出ください。

【申請について】

- ◆ 助成券の交付には、年度ごとに申請が必要です。次年度の申請については、年度の始まる直前の 3 月以降に、下記までお問い合わせください。

〔 問い合わせ先 〕

佐倉市役所 高齢者福祉課 生きがい支援班

〒285-8501 佐倉市海隣寺町 9 7 番地

TEL：043-484-6243（直通）