令和　　年　　月　　日

守口市紙おむつ等給付に係る現況調査書

事業所名

介護支援専門員

電話番号

守口市紙おむつ等給付事業実施要綱第５条の給付の申請に基づき、下記の被保険者に対し必要となる現況について、次のとおり確認しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 | ００ |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| 被保険者住所 |  |
| 電話番号 |  |

≪紙おむつの使用状況≫　　該当するところに☑および記入してください。

①尿失禁の状況　　□該当なし　□尿意がない

②便失禁の状況　　□該当なし　□便意がない

③現在の使用状況　□常に必要　（昼間・夜間）　□その他（　　　　　　　　　　　）

④おむつの種類　　□テープ式　□パンツタイプ　□尿取りパッド　□その他（　　　）

⑤その他特記事項　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* **裏面に記載の留意事項を確認し、必要な際は給付対象者及び要介護者の支援を行います。**

介護支援専門員　署名：

**守口市紙おむつ等給付事業における留意事項**

**【紙おむつ給付の資格取得・資格喪失について】**

・申請内容に何等かの変更が生じる又は生じると見込まれる場合は速やかに「守口市紙おむつ等給付事業変更届」を提出すること。

※家族介護者が変更となる場合は「守口市紙おむつ等給付事業受給者変更申出書」を提出ください。

・給付対象外の事由が発生した場合は速やかに「守口市紙おむつ等給付事業資格喪失届」を提出すること。

**【給付期間について】**

・給付の期間は決定日から翌年６月末日とする。

※給付期間の満了する月に給付の対象者であるときは、給付期間の翌月から再度給付決定があったものとみなします。

・未収入の場合であっても、毎年収入申告を行うこと。

※収入状況が確認できない場合は、給付期間の終了時に給付を取り消します。

**【配送について】**

・配送は配送月中に行い、配送日時の指定はできない。再配達については、配送業者とやり取りすること。

・給付物品の受け取りは必ず、対面で行うこと。

・申請及び給付決定時に在宅介護している場合でも、配送時に在宅介護していない場合は給付を行わない。

※入院・入所等についても対象外となります。

　**【返還について】**

　・給付物品は衛生商品のため未使用品であっても返品できない。

・資格喪失届の提出が遅延または未提出により引き続き給付を受けていた場合、資格喪失事由が発生した日に遡り、給付に要した費用を返還すること。

・期日内に窓口納付可能な金融機関で納付すること。