

# 平成 27 年度愛川町 紙おむつ等購入費助成について

## 内 容

### 1 【助成額】

購入費の9割が助成されます。(自己負担1割)

**ただし、8月購入分から所得に応じて2割負担になる場合があります。**

平成27年7月末発送の「負担割合証」によりご確認ください。

※1ヶ月の購入限度額は8,000円です。(1割：助成限度額 7,200円・2割：助成限度額 6,400円)

### 2 【申請等】

助成対象となっているのは、**平成 27 年 4 月 1 日以降**に購入された

紙おむつのみとなります。ただし、9月末までは経過措置として平成27年3月以前購入分についても申請の受付を行います。

※ 本制度の改正及び事業の見直しに伴い、旧年度購入分は助成の対象外となりました。

平成28年3月購入分は平成28年4月8日(金)までの受付となりますので、申請書は速やかに提出願います。なお、4月以降に提出する際は日付を未記入でご提出ください。

#### ※注意

**クーポン券やポイントカード等の割引券**で支払われた額は**対象外**となります。

(例1) 現金で8,000円分の紙おむつを購入(自己負担1割の場合)

→ **8,000円の9割 7,200円が助成額となります。(1割の800円が自己負担となります。)**

(例2) クーポン券500円分利用し、3,000円分の紙おむつを購入(自己負担1割の場合)

→ **3,000円-500円=2,500円の9割 2,250円が助成額となります。**

#### 【対象】

・要支援1・2、要介護1～5で**在宅介護**を受けている方

(施設へ入所中の方【グループホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅及びお泊りデイサービス利用期間・その他高齢者住宅含む】や入院中の方は、その期間中に購入された商品については**対象外**となります。)

・対象となる品物は**紙おむつ・尿とりパッド**です。(お尻ふきやおむつ取り換え手袋などは**対象外**です。)

#### 【申請に必要なもの】

**紙おむつを購入したことがわかるレシート**。(レシートを添付できない場合のみ領収書を添付。)

#### ※注意

次のような**領収書**を添付していた場合は、**受付できませんのでご注意ください**。

◎氏名もしくは件名が**未記入**の領収書

◎件名が「大人用おむつ代」や「紙おむつ代」など**具体的な商品名でない**領収書

問合せ先

愛川町民生部高齢介護課介護保険班

電話 046-285-2111 内線 3333・3334