

**大洗町介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス
手順マニュアル**

**令和3年4月
大洗町 福祉課**

[1]事業者登録申請

(様式名:介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録申請書)

紙おむつ等販売店舗として登録申請が必要です。

太枠の部分を記入してください。

様式第4号(第8条関係)

年 月 日

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録申請書

大洗町長 様

住 所

申請者 事業者名

代表者名

私は、大洗町居宅要介護者支援事業実施要綱第8条の規定に基づき、介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者として登録したいので下記のとおり申請します。

フリガナ 事業者名							
事業を行う 場所の名称							
事業を行う場所 (所在地)	〒 ー						
電話番号							
振込指定口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合					労働金庫 農業協同組合
	支店名	支店 出張所		口座種別	普通 当座		
	口座番号						

【2】事業者登録完了

(様式名:介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録決定通知書
大洗町介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録証)

【1】の登録完了後、町から決定通知書と登録証を郵送します。

登録証につきましては、お客様が見えるところに掲示をお願いいたします。

▼決定通知書

様式第5号(第9条関係)	大福発第 号 年 月 日
様	大洗町長
介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録決定通知書	
年 月 日に申請のあった介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録申請について、大洗町居宅要介護者支援事業実施要綱第9条の規定により下記のとおり決定したので通知します。	
記	
登録事業者名	
事業を行う場所の名称	
事業を行う場所(所在地)	

次ページ登録証見本⇒

▼登録証

様式第6号(第9条関係)

登録番号第 号

大洗町介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス事業者登録証

登録日 年 月 日

事業者名

代表者名

事業を行う場所の名称

事業を行う場所

上記の者は、大洗町居宅要介護者支援事業実施要綱第9条の規定に基づく登録事業者であることを証します。

大洗町長 印

【3】おむつ販売

お客様が利用券を持って来店された時には、紙おむつ等の販売と利用券の半券(上半分)、1割の自己負担を受領してください。

また、利用券には購入金額や数量等を記載していただく必要がありますので、次ページの記載例も合わせてご確認ください。

お客様控

薬局控

様式第3号(第7条関係)

交付番号第	号	【利用者控】
-------	---	--------

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス利用券

(年 月分) 有効期限 年 月 日

対象品目 紙おむつ, リハビリパンツ, 尿取りパッド

支給額 対象品目の購入費の9割分 (上限額4,500円)

[100円未満は切り捨て]

	被保険者番号
氏名	
住所	大洗町

発行年月日 年 月 日

発行者 大洗町長

面の【注意事項】をご確認ください。

【登録事業者控】

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス利用券

(年 月分) 有効期限 年 月 日

利用日 年 月 日 利用する事業所名(店舗)

利用者氏名(自署)

受給者	被保険者番号	氏名	商品金額の合計A	支給額合計B (A × 0.9)
支給対象品目	品目	個数	単価	
	1. 紙おむつ			
	2. リハビリパンツ			
	3. 尿取りパッド			

支給額合計(請求金額) C	円
	上限額 4,500円
利用者負担 D (A - C)	円

発行年月日 年 月 日

発行者 大洗町長

数量、金額等をご記入ください。
※次ページ参照

購入月と同じ月の利用券が
確認してください。

利用券が使用できる期間は
有効期間を確認してください。

来店したお客様のお名前と
利用日を記入してもらって
ください。

店舗名をご記入ください。

【利用券記入】

紙おむつ(税込 2,531 円) 1 点、リハビリパンツ(税込 880 円) 1 点、尿取りパット(税込 980 円) 1 点を購入した場合。

(記入例)

様式第3号(第7条関係)

交付番号第 1 号 【利用者控】

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス利用券
(令和 3 年 4 月分) 有効期限 令和 3 年 5 月 31 日

対象品目 紙おむつ, リハビリパンツ, 尿取りパッド
支給額 対象品目の購入費の9割分(上限額4,500円)
[100円未満は切り捨て]

	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
氏名	大洗 太郎										
住所	大洗町 磯浜町 6 8 8 1 番地の 2 7 5										

発行年月日 令和 3 年 4 月 16 日
発行者 大洗町長

利用にあたっては裏面の【注意事項】をご確認ください。

交付番号第 1 号 【登録事業者控】

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス利用券
(令和 3 年 4 月分) 有効期限 令和 3 年 5 月 31 日

利用日 令和 3 年 4 月 28 日 利用する事業所名(店舗)

利用者氏名(自署) **大洗 太郎** **〇〇薬局 △△店**

	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
受給者	氏名	大洗 太郎									
支給対象品目	品目	個数	単価 (税込)	商品金額の 合計 A	支給額合計 B (A × 0.9) <small>※100円未満切捨て</small>						
	1. 紙おむつ	1	2,531	4,391 円	3,900 円						
	2. リハビリパンツ	1	880								
	3. 尿取りパッド	1	980								
支給額合計(請求金額) C					3,900 円						
利用者負担 D (A - C)					491						

発行年月日 令和 3 年 4 月 16 日

大洗町取扱者 発

(例) 4,391 円 × 0.9 = 3,951.9 ですが、100 円未満切捨てなので 3,900 円と記入してください。

支給額合計 B と 4,500 円で、金額が少ない方を記入してください。

