新居浜市介護用品支給事業
請求事務要領



令和８年１１月作成

新居浜市　介護福祉課

【事業概要】

在宅で重度の介護を要する高齢者を介護している介護者を対象に、紙おむつ等の購入費用を新居浜市が助成する事業です。介護者に「紙おむつ利用券」を支給し、事前に登録された**協力店舗**で紙おむつ等を購入する際にお使いいただきます。

【対象品目】

紙おむつ・尿取りパッド　のみ

※介護用品として販売されている大人用のものに限ります。

【利用方法】

〇紙おむつ利用券と引換えに紙おむつ等をお渡しください。
〇紙おむつ利用券は1枚につき限度額1,000円です。（券に記載されています。）
〇一度に複数枚使用できます。
〇紙おむつ利用券に記載された限度額を超過する代金は、介護者負担となります。
〇代金が紙おむつ利用券に記載された限度額を下回る場合、釣銭を出す必要はありません。

【請求方法】

〇紙おむつ利用券の裏面は**協力店舗が記入**してください。
〇利用年月日と協力店舗名を必ず記入してください。
〇請求は１か月分をまとめて、**翌月１０日まで**に行ってください。
〇請求書に紙おむつ利用券を添えて介護福祉課へ提出してください。
〇窓口又は郵送にて請求書類をご提出ください。
〇請求書の様式は、市の様式をご利用ください。
〇請求書には、請求書の発行責任者名、発行担当者氏名、連絡先の記入をお願いします。
〇請求金額と紙おむつ利用券の合計は必ず一致させたうえで、請求をお願いします。

第９号様式（第１３条関係）

記入例

紙おむつ利用券給付代金請求書

（　令和９年　４月分　）

令和９年５月１０日

（宛先）新居浜市長

紙おむつ利用券協力店舗登録申請書に記載の情報と一致するように。

請求者の住所　愛媛県新居浜市△△町〇丁目
又は所在地　〇番〇〇号
名称及び代表者名　株式会社△△　代表取締役　〇〇 〇〇
（協力店舗登録番号　第　１　号）

請求印を省略する場合に必須の情報です。**詳細は次ページ。**

発行責任者氏名　店長　□□　□□
担当者氏名　営業担当　〇〇　〇〇
担当者連絡先　℡　0123-45-6789

協力店舗登録番号第１号の協力店舗において受領した紙おむつ利用券について、新居浜市要介護者理美容サービス事業・紙おむつ支給事業実施要綱第１３条第１項に基づき、次のとおり請求します。

請　求　金　額　20,000　円

紙おむつ利用券　２０　枚添付

協力店舗受領状況

No.	店舗名	住所	受領枚数(枚) (A)	金額（円） (B)=(A)×1,000
1			5	5,000
2			１２	12,000
3			3	3,000
		合計	２０	20,000

紙おむつ利用券協力店舗登録申請書に記載の情報と一致するように。

該当する項目に☑を入れて下さい。

☑　口座情報を登録・変更する。（口座振替依頼書の提出が必要です。）←初めての請求の際はこちら。

☐　前回と同じ口座を希望する。

別紙記入例

押印省略の場合の請求書には、次のように発行責任者の氏名と担当者の氏名、連絡先を記入してください。

（例）

