

おむつ購入費助成申請書

平成 年 月 日

江東区長殿

下記のとおりおむつ購入費の助成を申請します。

・同意事項

1. おむつ購入費助成事業の受給資格確認のため、私に関する所得状況及び介護保険受給状況を調査することに同意します。
2. おむつ購入費助成事業申請後、助成金請求において、提出した領収証の内容確認のため発行元へ問い合わせすることに同意します。

* 自筆署名が困難な方は、理由・代筆者名を記入し、署名（申請者氏名）を代筆ください。
(続柄)

	代筆理由	代筆者名	署名
申請者	ふりがな		明・大・昭 年 月 日
	氏名		
住所	江東区 丁目 番 号		
	電話番号 ()		
本人の状況	入院先の医療機関	名称 所在地 ()	
		入院期間 平成 年 月 日 から	
	介護認定	要介護 3 ・ 4 ・ 5 ・ その他 () 認定期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日	
		利用されている事業所等	
	請求書類の送付先 (上記住所以外の場合)	住所 氏名	
	連絡先	氏名 (続柄)	
	紙おむつ受給	無 ・ 有 (年 月分まで現物受給)	
	備考		

入院・入所で介護保険が適用されている方は、対象になりません。

届出者	受付場所	受付者
所得状況 非 ・ 被 ・ 区基準内 ・ 対象外	認定番号	