

高齢者おむつ購入費助成申請書

年 月 日

江 東 区 長 殿

次の事項に同意し、以下のとおり、おむつ購入費の助成を申請します。

- 【同意事項】
- 1

受給資格確認のため、申請者に関する介護保険受給状況及び所得状況を調査すること。
- 2

当事業申請後、申請者に関する本申請書記載の情報について、サービスの提供及び在宅での生活支援のため、長寿サポートセンター及び介護支援専門員から提供を受け、又はこれらのものに提供すること。
- 3

助成金の請求において、提出した領収証の内容確認のため、発行元へ問い合わせること。

|        |                                      |                                                          |      |         |
|--------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|---------|
| 申請者    | フリガナ                                 |                                                          | 生年月日 | 大・昭     |
|        | 氏名                                   | ※自署にて記入ください                                              |      | 年 月 日 歳 |
|        | 住所                                   | 江東区 丁目 番 号<br>電話番号                                       |      |         |
| 本人の状況  | 介護認定                                 | 要介護 3 ・ 4 ・ 5 ・ その他（ ）<br>認定期間 年 月 日から 年 月 日             |      |         |
|        | 入院先<br>又は<br>入所先                     | 名称<br>所在地<br>TEL<br>※おむつ代記載の領収書が発行されることを入院・入所先へ必ずご確認ください |      |         |
|        |                                      | 入院・入所期間 年 月 日から                                          |      |         |
|        |                                      | 利用している居宅介護支援事業所等 TEL                                     |      |         |
|        | 請求書類の送付先<br>(上記住所以外の場合)              | 住所<br>氏名 TEL                                             |      |         |
| 連絡先    | 氏名 (続柄) TEL                          |                                                          |      |         |
| 紙おむつ受給 | 無 ・ 有 ( 年 月分まで現物受給) 【事業へ確認□ システム入力□】 |                                                          |      |         |
| 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。

・ 本人が手続き（自署）をできない場合は、代筆が可能です。代筆した場合は、次の代筆者の欄についてご記入ください。

|     |                                          |              |
|-----|------------------------------------------|--------------|
| 代筆者 | 私（代筆者）は本人より本申請にかかる委任を受けていることに基づき、代筆をします。 |              |
|     | 【代筆者名】                                   | 【続柄又は本人との関係】 |

|                        |      |      |
|------------------------|------|------|
| 届出者                    | 受付場所 | 受付者  |
| 介護保険料段階 【第 段階】         |      | 認定番号 |
| 所得状況 【非課税 ・ 基準内 ・ 対象外】 |      |      |