

江東区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。

利用者	フリガナ			生年月日	年 月 日 歳
	氏名				
住所	江東区	丁目	番	号	
	電話番号	()			
本人の状況	介護認定	要介護 3 ・ 4 ・ 5 ・ その他()			
		認定期間	年 月 日から	年 月 日	
	入院先 又は 入所先	名称	-----		
		所在地	-----		
	TEL	-----			
	※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 (上記住所以外の場合)	〒 住所 -----				
	氏名 ----- TEL -----				
連絡先	氏名 (続柄) TEL				
紙おむつ受給の有無	無 ・ 有 (年 月分まで現物受給) 【 薬業へ確認 <input type="checkbox"/> システム入力 <input type="checkbox"/> 】				

※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係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
所得段階 【 非課税 ・ 基準内 ・ 対象外 】	