

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)		

※ 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 】		