様式第1号(第4条関係)

紀の川市高齢者紙おむつ助成申請書

年　月　日

(宛先) 紀の川市長

紀の川市高齢者紙おむつ助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

・同意事項

1　紙おむつ助成事業の受給資格確認のため、紀の川市担当者が私(対象者)や私の世帯の所得状況及び世帯状況、私(対象者)の介護保険受給状況を確認することに同意します。

2　入院・施設入所等により助成金給付となった場合、提出した領収書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。

※自筆署名が困難な場合は、理由・代筆者名を記入し、署名(対象者氏名)を代筆する。

(続柄)

代筆理由　　代筆者氏名　　署名

<table>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>氏　名</td><td colspan="2">㊞</td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒
紀の川市
番地</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">対象者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2">男
・
女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒
紀の川市
番地</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>介護認定</td><td colspan="4">要介護　1　2　3　4　5
認定期間　　年　月　日から　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>現在の状態</td><td>□在　宅
□入　院
□入　所</td><td>病院施設名等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>期　間</td><td colspan="2">年　月　日から</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">指定の紙おむつ等の利用</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="5">担当ケアマネジャー氏名</td></tr>
<tr><td colspan="6">※特記事項(市記入欄)</td></tr>
</table>

※　添付書類　必要に応じ書類の提出をお願いする場合があります。

※　介護保険施設入所等で紙おむつの給付を受けている方は対象となりません。

※　入院・入所での助成金の給付は、後払いになります。(領収証等必要)

※　交付した購入助成券は紛失しても再発行できません。間違いなく受け取りができる方が申請者となるか、別途送付先を申し出てください。