

(あて先) 紀の川市長

年 月 日付け第 号で交付決定された紀の川市高齢者紙おむつ助成について、紀の川市高齢者紙おむつ助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり後期分の助成金額の変更を申請します。

申請者	氏名			続柄		
	住所	紀の川市 番地		電話番号		
対象者	ふりがな			男・女	生年月日 明大昭 年 月 日	
	氏名					
	住所	紀の川市 番地		電話番号		
	介護認定の状況	前回認定	介護度	要介護		
			認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
		現在の介護認定	介護度	要介護		
			認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
認定日			平成 年 月 日			

助成額の変更は、4月から9月の間に介護度が要介護1又は2から要介護3以上になったか10月1日付で変わる場合で、後期分から変更後の助成額が適用になります。