

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。

申請者	氏名					続柄														
	住所	〒				電話番号														
対象者	ふりがな					男・女	被保険者番号													
	氏名						生年月日	年 月 日												
	住所	〒 紀の川市				電話番号														
	介護認定	要介護 1 2 3 4 5 認定期間 年 月 日 から 年 月 日まで																		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所				病院施設名等														
						期 間	年 月 日から													
常時失禁状態である理由 (※介護支援専門員記入欄) 詳しく記入をお願いします。						事業所名 _____ 担当者名 _____														
※特記事項(市記入欄)																				

【同意事項】

- 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)の世帯の所得状況及び世帯状況並びに私(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。
  - その他、助成事業にかかる事項について各事業所等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、代筆者名を記入し、署名(対象者氏名)を代筆してください。  
年 月 日

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

※ 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。(申請者の本人確認書類の写し等)

- ※ 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。

送付先住所	〒
送付先名	( ) 様方