

様式第6号（第7条関係）

紀の川市高齢者紙おむつ助成金額変更申請書

年 月 日

（宛先）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	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										
	住所	〒 紀の川市	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	年 月 日 ~ 年 月 日										
		現在の介護認定	介護度	要介護										
認定期間			年 月 日 ~ 年 月 日											
認定日			年 月 日											

※ 助成額の変更は、4月から9月までの間に介護度が要介護1又は2から要介護3以上に変わった又は10月1日付で変わる場合で、未使用分の助成券のみ変更後の助成額が適用になります。

※ 対象者の住所地以外に送付を希望される方は、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