別記第４号様式（第６条）

一宮町紙おむつ等購入費助成認定申請書

　　年　　月　　日

　　一宮町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　）

　下記の者の紙おむつ等購入費助成の認定を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 性別 | | | 男・女 | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定等 | 介護保険被保険者番号 |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 要介護状態区分 | 要介護 １　　２　　３　　４　　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紙おむつ等使用状況 | | 年　　　頃から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険料所得段階区分 | | 第　　　段階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病気やけがについて、記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者 | 氏名 |  | 続柄 | | |  | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意書  　本申請に関して、私の要介護認定区分、身体状況等及び介護保険料所得段階区分並びに介護保険料納入状況等を町が調査することに同意します。  　なお、受給資格が継続している場合も同様に調査することに同意します。  　また、私は常時おむつの使用が必要であることを誓約します。  　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |