

第2号様式（第4条関係）

愛川町在宅高齢者等紙おむつ等購入費助成事業  
町指定事業者からの購入に係る紙おむつ等購入費助成申請書  
( 年度分)

フリガナ			保険者番号	1 4 4 0 1 4					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	年 月 日		性別						
住所									
1か月の購入額	1か月に町指定事業者から購入した紙おむつ等の購入に要した費用とする。 (ただし限度額は8,000円)								
ケアプラン作成依頼事業者			担当者名						
希望内容（該当するものに○印をしてください）									
種類： はくパンツタイプ・テープ止めタイプ・尿取りパット・フラットタイプ									
サイズ： S・M・L・LL									
商品名： ( )									
※注文は助成決定後、業者にしてください。希望の商品がない場合もあります。									
緊急時連絡先	住所			電話					
	氏名			続柄					
<p>愛川町長 殿</p> <p>上記のとおり愛川町在宅高齢者等紙おむつ等購入費助成事業の現物給付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ( )</p> <p>氏名 印</p>									

注意 ・施設・病院へ入所・入院している方は助成の対象外です。  
・介護保険料を滞納している方、給付制限を受けている方については、助成できない場合があります。

町記入欄

助成決定	決定(却下)事由	給付制限状況	備考
1 決定 2 却下	・在宅の要介護者と認める	有・無 給付割合	