

愛川町在宅高齢者等紙おむつ等購入費助成申請書

（平成 年 月分）

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	男 ・ 女							
住所	電話番号 ()										
当月分の 支払額合計											
ケアプラン 作成依頼事業者			担当者名								
愛川町長殿 上記のとおり関係書類を添えて在宅高齢者等紙おむつ等購入費の助成を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印											

- 注意・施設（お泊りデイを含む）・病院へ入所・入院している方は助成の対象外です。
- ・この申請書の裏面にレシート又は領収書を添付してください。
 - ・クーポン券やポイントカード等の割引券で支払われた額は対象外となります。

愛川町在宅高齢者等紙おむつ等購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店(所) 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他								
	フリガナ									続柄	
	口座名義人										

町記入欄

助成決定	決定（却下）事由	領収書確認欄	介護保険 負担割合証	備 考
1 決定 2 却下	・在宅の要介護、要 支援認定者と認める		<input type="checkbox"/> 確認 1 1割 2 2割	