

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 合計所得金額により自己負担1割又は2割)								
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（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。

町記入欄

助成決定	決定(却下)事由	介護保険負担割合証	備考
1 決定	・在宅の要介護者と認める	<input type="checkbox"/> 確認	
2 却下		1 1割	
		2 2割	