第1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申請書

（　　　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 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 | | 性 別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
|  | 電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | 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。  　　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（購入商品名がわかるもの）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 | | | | | | |
| １．普通預金  ２．当座預金  ３．その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | 続　柄 | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 課税状況等  調　査　の  同　意　欄 | 愛川町在宅高齢者等紙おむつ等購入費の助成決定に当たり、必要なときは、町が保有する私の課税状況等について、町職員が調査することに同意します。  氏名 |

町記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定区分 | 給付額 | 介護保険  負担割合 | 給付区分 | | |
| ・要介護（　　）  ・住民税　課税・非課税  ・介護保険料滞納 有・無  決定 □　却下 □ |  | □　確認  １　１割  ２　２割  ３　３割 | 要介護4以上 |  | 任意事業　　　　　　　　　　□ |
| 要介護3以下 | 排尿・排便  見守り以上 |
| 排尿・排便  自立 | 市町村特別給付　　□ |