第2号様式（第4条関係）

記入例

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

(令和６年度分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | アイカワ　タロウ | 保険者番　号 | 　 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 | 4 |
| 被保険者氏名 | 愛川　太郎 |
| 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 生年月日 | 　昭和２２年１２月３日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 　愛川町　角田251-1 |
| 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。担当ケアマネージャーがいる場合のみご記入ください。 |
| ケアプラン作成依頼事業者 | 　 | 担当者名 | 　 |
| 緊急時連絡先 | 住所 | 愛川町中津0-1-2 | 電話 | 090-0000-1234 |
| 氏名 | 愛川　次郎 | 続柄 | 長男 |
| 連絡先電話番号については、日中に連絡の取れる番号でお願いします。愛川町長　　殿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。提出日をご記入ください。　　　　令和 ６ 年 ７ 月 　 日　　　　　住所　愛川町角田２５１－１　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　046-285-2111　　　　　氏名　愛川　太郎　　　　　　　　 　 |

　注意　・**施****設(お泊りデイを含む)・病院へ入所・入院された場合は、助成の対象外となります。その際は高齢介護課までご連絡****ください。**

申請者は、

被保険者ご本人様の氏名で申請してください。

（印鑑の押印は不要です）

**・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。**

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　愛川　太郎　　　　　　 |

こちらは、個人情報を取り扱わせていただくための同意欄になります。

被保険者ご本人様の氏名でご承諾願います。

（印鑑の押印は不要です）