

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								
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。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 氏 名											

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							
	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											

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 課税世帯 非課税世帯 ・ 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	