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。 |
| ケアプラン作成依頼事業者 | 　 | 担当者名 | 　 |
| 緊急時連絡先 | 住所 |  | 電話 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 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。　　　　　　　　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。**

**・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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定区分 | 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　　□ |