

西東京市紙おむつ助成金交付申請書

西東京市長 あて

次のとおり申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----|------|-----|---------|--|-----------------|
| 申請者 | 住所 | | | | *高齢者支援課処理欄(收受印) |
| | 氏名 | ⑨ | 対象者との続柄 | | |
| | 電話番号 | 自宅: | 携帯: | | |

| | | | | | |
|-------|------|-----------------|-------|-----------|-----|
| 助成対象者 | 住所 | 西東京市 (町) 丁目 番 号 | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | 自宅: | |
| | 氏名 | | | 携帯: | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| | 介護認定 | 要介護 1・2・3・4・5 | | 生活保護受給の有無 | 有・無 |

・私は西東京市紙おむつ助成金申請にあたり、紙おむつ助成金決定に必要な範囲内において、西東京市健康福祉部高齢者支援課が、市の関係部署等から下記の個人情報を確認することを同意します。

○ 確認及び提供に同意する個人情報

(1) 世帯に関する情報

本人もしくはご家族に関する住民基本台帳等の情報を確認させていただくもの。

(2) 生活保護に関する情報

生活保護世帯については、助成金の交付を受けられないため、生活保護の受給の有無等を確認させていただくもの。

(3) 介護保険に関する情報

助成金の交付については、介護保険法に基づく要介護1以上の認定が必要であるため、介護認定状況を確認させていただくもの。

・私は添付した領収書について、たとえ原本であっても返却できないことに同意します。

利用対象者氏名

印

家族・親族氏名

印

次のとおり添付書類を添えて紙おむつ助成金の請求をします。

【添付書類】

- ・介護保険被保険者証のコピー
- ・紙おむつ助成金振込口座依頼書
- ・振込先が分かるもの(通帳のコピーなど)
- ・領収書のコピー(対象者氏名、病院名、入院期間、紙おむつの金額、紙おむつ代である旨が記載されていること)

※領収書に上記の内容が記載されていない場合は、別途上記の内容が分かる明細を添付していただきます。

【注意】添付いただいた領収書は、たとえ原本であってもお返しできません。確定申告等で領収書が必要になることもありますので、必ずコピーを添付してください。

| | | | | | |
|---|------|---------------|------|--|--|
| 1 | 入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| | 病院名等 | 病院名 | 電話番号 | | |
| | | 住所 | | | |
| 2 | 入院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| | 病院名等 | 病院名 | 電話番号 | | |
| | | 住所 | | | |

※入院の記載欄が足りない場合は、裏面をお使いください。

2020年2月～

3つめの入院以降は、こちらに記載ください。

| | | | | | |
|---|----------|---------------|------|--|--|
| 3 | 入院 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| | 病院 名等 | 病院名 | 電話番号 | | |
| | | 住所 | | | |
| 4 | 入院 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| | 病院 名等 | 病院名 | 電話番号 | | |
| | | 住所 | | | |