

西東京市高齢者等紙おむつ助成金交付申請書

西東京市長 へ

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	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	
	氏名					自宅:	()
						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当たり、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次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) 本人もしくはご家族に関する住民基本台帳等の情報
(2) 生活保護の受給の有無等
(3) 介護保険認定情報

- 添付した領収書等に関する注意事項
添付した領収書等が原本であっても返却できないこと

利用対象者氏名

家族・親族氏名

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】

- ・西東京市高齢者等紙おむつ助成金口座振込依頼書
- ・介護保険被保険者証のコピー
- ・振込先が分かるもの(通帳のコピーなど)
- ・病院又は病院が別途委託している業者等が発行した領収書等のコピー

※領収書等には、対象者氏名・病院名・入院期間・紙おむつの金額の記載が必要です。

※病院が別途委託している業者等からの領収書等で、病院名や入院期間等の記載がない場合は、病院が発行した領収書等のコピーを併せて提出してください。

※紙おむつの金額にシーツやパジャマ代などが合算されている場合は、別途病院や委託業者等が発行した内訳のコピーが必要になります。

【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。
- ・申請者等が成年後見人等の場合は、登記事項証明書等の写しを必ず添付してください。

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			

※入院期間欄は、当該申請における助成期間内の入院期間を御記入ください。

令和4年11月～