

高齢者紙おむつ券給付申請書

足利市長 あて

常時おむつを使用しているため、次のとおり高齢者紙おむつ券の給付を申請します。
 なお、申請者の市税等の納付状況を確認することに同意します。

(給付対象者)	フリガナ									申請日	令和	年	月	日
	氏名									生年月日	大・昭	年	月	日
										電話番号				
	住所	〒 足利市												
	介護保険被保険者番号													
	要介護認定日	令和	年	月	日	要介護度	2・3・4・5							
	認定有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日				
申請者の給付要件確認欄	該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。すべてに <input checked="" type="checkbox"/> が入る方が給付対象です。 <input type="checkbox"/> 申請時点で施設入所中、入院中ではない ※ショートステイ等利用の場合は、1ヶ月のうち20日以上在宅している <input type="checkbox"/> 申請時点で65歳以上かつ要介護2以上の認定を受けている <input type="checkbox"/> 介護保険の認定有効期間内である <input type="checkbox"/> 給付対象者に市税等の滞納がない													

※おむつ券を申請者の住所以外に送付する場合は、下記にご記入ください。
 介護保険関連書類等送付先変更届が提出してある方で、届出の住所へ送付する場合はをいれてください。

送付先	住所	〒 ☎											
	氏名									続柄等			
<input type="checkbox"/> 介護保険関連書類等送付先変更届の届出住所へ送付する。													

代行提出者	氏名									続柄等	ケアマネジャー ・ 家族			
	連絡先	☎												