

様式第1号(第4条関係)

橋本市紙おむつ等給付申請書

年 月 日

(あて先) 橋本市長

申請者
住所
氏名 (署名又は記名押印)
給付対象者との続柄()
電話番号

橋本市紙おむつ等給付事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、紙おむつ等の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、給付を受けるために確認が必要となる次の1から3の事項について、橋本市が調査、確認を行うことに同意します。

1. 対象者の要介護状態区分及びその有効期間
2. 対象者の介護認定調査票及び介護認定調査票(特記事項)に記載されている情報
3. 対象者の属する世帯全員の収入金額、所得金額、市民税課税額及び所得税課税額

対 象 者	住 所	橋本市		
	ふりがな			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	電 話 番 号	
		介 護 状 態 区 分		

※確認欄 (橋本市記入欄)			
排尿	: □介助されていない	□見守り等	□一部介助 □全介助
排便	: □介助されていない	□見守り等	□一部介助 □全介助
その他	: ()		
※上限金額 (橋本市記入欄)			
6,000円		・	4,500円

※の付いた欄は記入しないでください。

※ (橋本市記入欄)	
介護認定調査票確認日	
介護認定調査実施日	
介護保険課担当者	