

高齢者紙おむつ等支給申請書

豊島区長

令和 年 月 日

来所者氏名

(事業所名・氏名)

電話

対象者との関係

高齢者紙おむつ等支給事業を利用したく、下記のとおり申請します。

申請者 (対象者)	住所 豊島区 丁目 番 号 方・荘 自宅Tel () 携帯Tel ()	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	介護度(○をつける) 要支援【1・2】・要介護【1・2・3・4・5】	介護保険料所得段階 第 段階 【対象者1~5段階(住民税非課税)】
	高齢者おむつ購入費等助成事業の利用 有(令和 年 月分まで利用)・無	生活保護受給【受給者は非該当】 有・無
	通知送付先(本人宅以外希望の場合) フリガナ 氏名	住所 〒 電話 () 関係

豊島区長 同意書

高齢者紙おむつ等支給事業の資格要件確認のため、毎年わたしの要介護度・介護保険料所得段階・生活保護受給の有無を調査することに同意します。また高齢者総合相談センター事業者に提供することに同意します。

令和 年 月 日

申請者住所 申請者署名

上記の申請について、下記のとおり決定する。

受付印

番号	第 号
受付日	令 / /
開始月	令 年 月から
決定	支給・不支給
決定日	令 / /
決定番号	第 号

介護度
所得段階

入力 <input type="checkbox"/>	通知 <input type="checkbox"/>	事業者へ連絡 <input type="checkbox"/>		
高齢者福祉課			高齢者総合相談センター	
課長	係長	担当	確認	受付