

高齢者おむつ購入費等助成申請書

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

高齢者おむつ購入費等助成事業を利用したく、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☎ () 携帯☎ ()	
	フリガナ 氏名	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	介護保険料所得段階 第 段階 【対象者第1~8段階】	生活保護受給 【受給者非該当】 有・無
入院先	病院名 電話 ()	入院時期 年 月 頃
決定通知送付先 (申請者以外希望の場合)		住所 〒 電話 ()
フリガナ 氏名	関係	

同意書

豊島区長

高齢者おむつ購入費等助成事業の資格要件確認のため、毎年わたしの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。

令和 年 月 日

申請者住所

申請者署名

口座振込依頼書

高齢者おむつ購入費等助成金については、下記の口座に振込を依頼します。

振込 口座	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通・当座	口座番号(右つめ)			
	フリガナ						
	名義人氏名						

上記の申請について、下記のとおり決定する。

受付印

受付番号	第 号
受付日	令 / /
給付決定	決定・却下
決定日	令 / /
決定番号	第 号
開始月	月

所得段階

入力 <input type="checkbox"/>	通知 <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