

高齢者おむつ購入費等助成申請書

豊島区長

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Tel () 携帯Tel ()		
	フリガナ 氏名	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	生活保護受給 【受給者非該当】 有 ・ 無
	介護度(○をつける) 要介護【 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】	介護保険料所得段階 第 段階 【対象者第1～8段階】	紙おむつ支給事業の利用 有 (年 月分まで利用) ・ 無
入院先	病院名 電話 ()		入院時期 年 月頃
通知送付先 (申請者以外希望の場合)		住所 〒	関係
フリガナ 氏 名		電話 ()	

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。また高齢者総合相談センター運営受託事業者に提供することに同意します。

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	介護度	入力 ☐ 通知 ☐			高齢者福祉課		高齢者総合相談センター	
受付日	/ /								
給付決定	決定 ・ 却下	所得段階	課 長	係 長	担 当	確認	受付		
決定日	/ /								
決定番号	第 号								
開始月	月								