

在宅介護支援紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

常総市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

在宅介護支援紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、助成の決定のため必要があるときは、私と同一世帯の住民記録、納税状況
その他必要な事項について調査することに同意します。

対 象 者	氏 名		被保険者番号											
			生年月日	年 月 日										
	住 所													
	要介護 状 態	(1) 要介護 5 (2) 要介護 4 (3) 要介護 3												
	保険料 段 階	(1) 第 1～3 段階 (2) 第 4 段階												

※この欄には記入しないでください。

調査の結果、適当と認めてよろしいか、伺います。					決定 年 月 日	
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付番号	
確 認 帳簿等	(1) 住民基本台帳 (2) 介護保険システム台帳照会 (3) その他 ()					
滞 納 状 況	☐ あり ☐ なし	保険料 段 階	☐ 第 1～3 段階 ☐ 第 4 段階	生活保護 受 給	☐ あり ☐ なし	
排 尿	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 見守り等	排 泄	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 見守り等	日常生活 自立度	☐ Ⅲ a ☐ Ⅲ b ☐ Ⅳ ☐ Ⅳ M	