

島本町在宅高齢者紙おむつ給付申請書

年 月 日

島本町長様

対象者（紙おむつを使用されるご本人）ではなく、申請者（介護者）についてご記入ください。

申請者（介護者）

住所 島本町

氏名 (自署)

対象者との続柄 ()

電話

申請日の翌月分から最長で6か月まで申請できますが、①上半期の申請（3月～8月）は、最長で9月分まで、②下半期の申請（9月～2月）は、最長で3月分までとさせていただきます。

【例】 4月に申請する場合 ⇒ 最長で5月分～9月分の申請が可能です。
11月に申請する場合 ⇒ 最長で12月分～3月分の申請が可能です。

記

対象者（紙おむつを使用されるご本人）についてご記入ください。

給付を希望する期間 (最長で6か月まで可、ただし、同一年度内)		年 月分～		年 月分	
対象者	ふりがな	男・女	生年月日		年 月 日 (歳)
	氏名				
要介護認定		要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ※いずれかに○をつけてください。			
		認定の有効期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)			
世帯の状況	氏名	生年月日	続柄	備考	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

課税状況等の確認のため、世帯全員分についてご記入ください。
※申請者（介護者）および対象者（紙おむつを使用されるご本人）も含まれます。