

令和 年度 裾野市紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

裾野市長 様

申請者 住所

氏名 (署名)

※記名押印又は署名

電話番号

次のとおり、紙おむつ等購入費の助成を受けたいので申請します。

なお、助成額算定のため、要介護認定の状況（更新及び変更を含む。）及び世帯の所得税の課税状況について、市長が介護保険、税務担当部局に照会を求めることに同意します。

対 象 者	住 所	裾野市		
	氏 名			
	生 年 月 日	T・S 年 月 日 (歳)		
	電 話 番 号			
	要 介 護 状 態 区 分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
世 帯 の 生 計 中 心 者	氏 名		続柄	
	前年分の所得税の課税状況 (市記入欄)	1. 課税有 (課税年額 円) 2. 非課税 3. 生活保護受給中		
購 入 方 法		・ 宅配 (駿東メディカル・ウェルケアアシスト) ・ 領収書 (商品名・数量・金額が分かるもの)		
在 宅 で あ る 旨 の 申 し 出		医療機関、介護保険施設(特定施設入所者生活介護及び認知症対応型共同生活介護事業所を含む。)、サービス付き高齢者向け住宅その他これらに類する施設には、入院又は入所しておりません。		

(注) 領収書は、紙おむつ等の全ての商品名・数量・金額が記載されていること。