

年 月 日

守山市長 あて

申請者 住所
氏名
(助成対象者との続柄：)
電話 —

守山市要介護認定者紙おむつ費用助成（再開）申請書

守山市要介護認定者紙おむつ費用助成事業実施要綱第 4 条または第 9 条の規定により、
下記のとおり申請します。

記

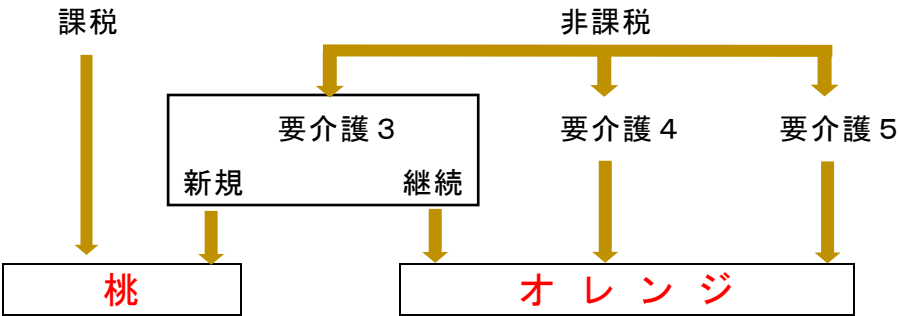
助 成 申 請	新規 ・ 再開			
	年 月から当該年度の末日までの間 1 月 4, 000 円			
紙おむつの種類 (○をする)	【必須】紙おむつ 紙パンツ	【その他】尿取りパッド・使い捨て防水シート おしりふき・使い捨て手袋		
助 成 対 象 者	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	住所	守山市		
要介護認定の有無	有(要介護度)・無	被保険者番号	0 0	
同意欄 支給要件の確認のため、守山市職員が住民税の課税状況を調査することに同意します。 助成対象者署名 _____ 代筆(申請者) _____				

受領署名	家族 ・ 担当民生委員 介護支援専門員(事業所名)	氏名	
------	-------------------------------	----	--

処 理 欄	要介護度	3 ・ 4 ・ 5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
	助成対象	年 月から		
	券発行日	月 日	受付者	
	助成番号	第 号		

処理欄

助成券の種別（○で囲む）



確認欄（✓をつける）

	入院・入所中ではないことの確認。
	常時おむつを使用していることの確認。
	郵便物は、対象者宛に送付することについての説明。ただし、希望があれば申請者へ。 （来年度4月からの助成券は4月に入ってから申請受付になること）
	対象者が <u>40歳～64歳</u> の場合、身障者手帳（1・2級）および療育手帳（A1・A2）所持者でないことの確認。→所持者の場合、障害福祉課で交付する。