

紙おむつ助成券交付申請書 (原本・コピー) 担当 ( )

令和 年 月 日

みなべ町長 様  
 みなべ町社会福祉協議会会長 様  
 申請者 (代理人) 住所: みなべ町  
 氏名: (対象者との続柄: )  
 電話番号:

私こと、上記の者を申請者 (代理人) と定め、下記の権限を委任いたします。次のとおり紙おむつ助成券の交付を申請します。なお、紙おむつ助成事業実施において、世帯の年間収入情報等について町長が調査し、課税資料を閲覧することに同意します。また当該確認に係る私の情報をみなべ町社会福祉協議会等に提供することに同意します。

氏名 (本人)			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女				
住所	みなべ町		区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> その他				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生							
【現況】	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導、一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
		種類	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (リハビリパンツ含む)					
	住まい		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 入院中 ( 病院) ※令和3年10月 (後期分) より、入院中の方は助成対象外となります。10月以降の申請の際は、退院されてからの受付になります。					
	要介護認定区分		要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (その他 )					
	介護保険被保険者番号		認定年月日	令和 年 月 日				
	有効期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで					
	変更後	区分	要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (その他 )					
認定年月日		平成・令和 年 月 日						
有効期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで						
備考	前期 (月~月)	前期追加 (月~月)	後期 (月~月)	後期追加 (月~月)	500円 (月~月)	(500円 (月~月)	500円 (月~月)	500円 (月~月)
介護認定区分								
ナンバー (発券枚数)								
発行日								

税情報 (前年度確認済み)

町民税 課税世帯 ・ 非課税世帯 (税情報 年分)

税情報確認欄4月から6月まで (新規)

町民税	課税世帯 ・ 非課税世帯	(税情報 年分) 確認者 ㊞
-----	--------------	----------------

税情報確認欄7月から次年3月まで

町民税	課税世帯 ・ 非課税世帯	(税情報 年分) 確認者 ㊞
-----	--------------	----------------