様式第１号（第５条関係）

在宅要介護高齢者おむつ等費用助成受給資格者認定申請書

　　年　　月　　日

和水町長　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

和水町在宅要介護高齢者おむつ等費用助成事業実施要綱の規定により、下記のとおり助成を受けたく申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏名 |  | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭　　・　・  （　　歳） | |
| 住所 | 玉名郡和水町 | | | | 電話 | | |  | |
| 要介護度 | | 要介護　３　４　５ | | 認定有効期間 | | | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | |
| 状　　態 | | 在宅で生活　　　　　在宅でない（　有料老人ホーム・サ高住　） | | | | | | | | |
| おむつ等の  必要性の有無 | | 有り　　・　　無し | | | | | | | | |
| ※助成対象者の口座を下記にご記入ください。 | | | | | | | | | | |
| 口座振込  依頼欄 | | 金融機関名 |  | | | | 店舗名 | | |  |
| 預金種類 | 普通・当座 | | | | 口座番号 | | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | |