様式第4号（第７条関係）

**在宅要介護高齢者おむつ等費用助成金申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　名 |  | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒  玉名郡和水町 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の所在 | ①在宅　　　　　　　　　　　　②在宅でない 入院・入所　　　　　　年　　月　　日から  （有料・サ高住を含む） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日まで  　　　　　医療機関・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 品　名 | | 購入店名 | 購入金額 | | | | | | | | | | | | | |
| 購　入　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 購入金額合計 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 和水町長　様  上記のとおり、関係書類を添えて　おむつ等購入費の助成を申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  申請者　　　（住所）　玉名郡和水町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話番号)    （氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜注意＞・この申請書に、領収証を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決 裁 欄 | | |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 |
|  |  |  |
| 係 | 課　員 | |
|  |  | |

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第4条の規定に基づき助成限度額は月額3,000円までとする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処　　理　　欄 | | |
| 認定状況 | 要介護(　３　・　４　・　５　) | |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 | |
| 添付書類確認 | □領収書 | |
| 購入金額合計 | 円 | 受　付　印 |
|  |
| 9割額 | 円 |
| 助成決定額 | 円 |