

西東京市高齢者等紙おむつ助成金交付申請書

西東京市長 あて
次のとおり申請いたします。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申請者	住所	〒				*高齢者支援課処理欄(收受印)			
	氏名			対象者との続柄					
	電話番号	自宅:	携帯:						
助成対象者	住所	西東京市 (町) 丁目 番 号							
	フリガナ					電話番号	自宅: ()		
	氏名						携帯: ()		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			年齢	歳			
	介護認定	要介護 1・2・3・4・5			生活保護受給の有無	有・無			
私は西東京市紙おむつ助成金申請に当たり、紙おむつ助成金決定に必要な範囲内において、西東京市健康福祉部高齢者支援課が、市の関係部署等から次の個人情報を確認することを同意します。 ○ 確認及び提供に同意する個人情報 (1) 本人もしくはご家族に関する住民基本台帳等の情報 (2) 生活保護の受給の有無等 (3) 介護保険認定情報 ○ 添付した領収書等に関する注意事項 添付した領収書等が原本であっても返却できないこと <table><tr><td>利用対象者氏名</td><td>家族・親族氏名</td></tr></table>								利用対象者氏名	家族・親族氏名
利用対象者氏名	家族・親族氏名								

- 【添付書類】
- ・西東京市高齢者等紙おむつ助成金口座振込依頼書
 - ・介護保険被保険者証のコピー
 - ・振込先が分かるもの(通帳のコピーなど)
 - ・病院又は病院が別途委託している業者等が発行した領収書のコピー

※領収書に、対象者氏名・病院名・入院期間・紙おむつの金額が明記され、領収印があることが必要です。
領収金額とおむつ代が異なる場合、併せて領収金額の詳細がわかる明細書も提出してください。
※病院が別途委託している業者等からの領収書等で、病院名や入院期間等の記載がない場合は、病院が発行した領収書等のコピーを併せて提出してください。
※紙おむつの金額にシーツやパジャマ代などが合算されている場合は、別途病院や委託業者等が発行した内訳のコピーが必要になります。

- 【注意】
- ・添付いただいた領収書は、たとえ原本であってもお返しできません。確定申告等で領収書が必要になることもありますので、必ずコピーを添付してください。
 - ・申請者等が成年後見人等の場合は、登記事項証明書等の写しを必ず添付してください。

1	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	病院名等	病院名	電話番号		
		所在地			
2	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	病院名等	病院名	電話番号		
		所在地			