

# 在宅高齢者等に対するおむつ助成金交付申請書

年 月 日

日野町長 様

申請者 (介護者)	(住所)日野町
	(氏名)
	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	(電話)

在宅高齢者等に対するおむつ助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を申請します。  
 なお、当該申請に伴いおむつ利用者の世帯の住民税課税状況を把握することについて同意します。

住 所	日野町																						
被保険者番号													個人番号										
フリガナ												性 別	男 ・ 女										
氏 名																							
生年月日	年 月 日			常時おむつを 使用し始めた日		年 月 日																	

※ 振り込み希望金融機関名(申請者名義の預金口座に限る)						
金融機 関	銀行 信用金庫 農協	支店名	店	<input type="checkbox"/> 普通	(かたが)口座名義	
				<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	

## 【介護支援専門員等確認欄】

上記の者は在宅高齢者等であり、常時おむつを使用していることを確認しました。						
年	月	日	確認者	事業所名		
				氏 名		