第５０号様式（第１７条関係）

紙おむつ給付申請書

年　　月　　日

（宛先）

秦野市長

住所

申込者　氏名

電話

次のとおり紙おむつの給付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在宅要介護者 | 住所 | 秦野市 | | | | |
| 氏名 |  | | 申込者との続柄 | |  |
| 生年月日 | 年　　 月　　 日 　（　　　歳） | | | | |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | 認定日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 認定期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで | | | | |
| 給付希望期間 | | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日まで | | | | |

※　給付希望期間は、認定期間を超えることができません。

この申請に関して、私の世帯の租税等及び介護保険の状況について調査することを承諾します。

（申込者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　在宅要介護者との続柄（　　　　　）

（申込者と在宅要介護者が別世帯で、在宅要介護者に同居の家族がいる場合において、その代表者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　在宅要介護者との続柄（　　　　）