

島本町在宅年長者紙おむつ給付申請書

年 月 日

島本町長様

対象者（紙おむつを使用されるご本人）ではなく、申請者（介護者）についてご記入ください。



申請者（介護者）	
住所	島本町
氏名	Ⓜ
対象者との続柄（ ）	
電話	

申請日の翌月分から最長で6か月まで申請できますが、①上半期の申請（3月～8月）は、最長で9月分まで、②下半期の申請（9月～2月）は、最長で3月分までとさせていただきます。

【例】 4月に申請する場合 ⇒ 最長で5月分～9月分の申請が可能です。  
 11月に申請する場合 ⇒ 最長で12月分～3月分の申請が可能です。

記

対象者（紙おむつを使用されるご本人）についてご記入ください。



給付を希望する期間 (最長で6か月まで可、ただし、同一年度内)		年 月分～		年 月分	
対象者	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	氏名				
要介護認定		要介護（1・2・3・4・5） ※いずれかに○をつけてください。			
認定の有効期間		( 年 月 日 ~ 年 月 日)			
世帯の状況	氏名	生	年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
			年	月	日
		続柄	備考		

※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。



課税状況等の確認のため、同居されている方全員分についてご記入ください。  
 ※申請者（介護者）および対象者（紙おむつを使用されるご本人）も含まれます。