介護保険市町村特別給付おむつ支給事業申請書

令和　　年　　月　　日

　庄内町長　　　　　　　　　宛

申請者　住所

氏名

電話

対象者との続柄

介護保険市町村特別給付おむつ支給事業の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給対象者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 常時失禁の状態となった理由 |  |
| 世帯の状況 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 職　業 | ※市町村民税　  課税の有無 |
|  |  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  |  | 有　・　無 |
|  |  |  |  | 有　・　無 |

※　市町村民税課税の有無の欄は、記入しないで下さい。

|  |
| --- |
| 同　　意　　書　介護保険市町村特別給付おむつ支給事業の要件及び支給限度額を審査するため、私及び私の世帯員の税務資料を閲覧することに、同意します。　　　　　　令和　　年　　月　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　 |

介護保険市町村特別給付おむつ支給事業利用変更届出書

　　令和　　年　　月　　日

　庄内町長　　　　　　　　宛

申請者　住所

氏名

対象者との続柄

　下記の理由により変更がありましたので、庄内町介護保険市町村特別給付おむつ支給事業実施要綱第10条の規定により届け出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 事　　 由 | 1　死亡し、又は町外に転出したとき。2　町内で住所を変更したとき。3　おむつの支給を受ける必要がなくなったとき。4　医療機関に3箇月以上入院するとき。5　介護保険施設に入所するとき。 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |