様式第2号（第6条関係）

介護保険市町村特別給付おむつ支給事業申請書

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 |
| 市町村民税課税状況 | 課税世帯　・　非課税世帯 |
| 常時失禁の状態となった理由 | 該当する番号に〇を付けてください。1　寝たきり2　認知症3　その他の疾病（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 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、私の世帯情報並びに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。　　　　　　年　　月　　日支給対象者　住所氏名 |