

様式第1号(第4条関係)

会津美里町紙おむつ等購入助成券給付申請書

年 月 日

会津美里町長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

(給付対象者との関係:)

下記により紙おむつ等購入助成券の給付を申請いたします。

| | | | | |
|-----------|---|-------|-----|-------|
| 給付対象者の状況 | 住 所 | 会津美里町 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 氏 名 | | | |
| | 1日の紙おむつ等 交 換 回 数 | 回 | | |
| 調 査 同 意 欄 | 私(給付対象者)は、会津美里町紙おむつ等購入助成券の給付に係る決定をするため、会津美里町が介護保険認定状況・身体状況等について、所要の調査を行うことに同意します。 | | | |
| | 本人署名(給付対象者) _____ | | | |
| | (代筆者名 _____ (給付対象者との関係: _____)) | | | |
| | ※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、代筆者が本人署名を代筆の上、代筆者名を記入してください。 | | | |