

高齢者おむつ給付助成申請書

立川市長 殿

次のことを同意のうえ、高齢者おむつ給付助成を申請します。

年 月 日

助成対象者署名

(代筆可)

助成対象者本人の署名（自筆）
または親族の署名（押印）をお
願います。

日付を記入してください。

- 審査のため、担当課職員が申請書に記入した内容について公簿等を確認すること。
- 申請書に記入した内容が事実と異なる場合は、申請書の提出を中止すること。
- 毎月15日までに申請すること。
- 他市からの転入者については、転入後1ヶ月以内の申請を要すること。
- 配達時不在の場合、配達日の翌月末日までに申請すること。
- 助成開始後に長期間（1年以上）不在の場合は、申請書の提出を中止すること。
- 申請書及び申込書に記入した内容が事実と異なる場合は、申請書の提出を中止すること。
- 届出又は公簿等に基づき、申請書に記入した内容が事実と異なる場合は、申請書の提出を中止すること。
- 入札結果、社会福祉協議会等による調査結果に基づき、申請書に記入した内容が事実と異なる場合は、申請書の提出を中止すること。
- 不正に助成を受けた場合は、申請書の提出を中止すること。

おむつ給付助成を申請するには、すべての項目への同意が必要です。

※上記「助成対象者書名欄」への署名（押印）をもって、
同意いただけたと判断し、審査を進めていきます。

をすること。

に於けること。

ふりがな					<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		
助成対象者氏名					<input type="checkbox"/> 女	月日	歳（ 歳）		
住所	立川市								
	電話 () / ()								
親族等の 緊急連絡先 ※必ず記入 してください。	氏名	年齢	続柄	昼間の連絡先（住所・電話番号）					
	親族など、緊急時に連絡がつく方の連絡先を記入してください。 （同居の方でなくても構いません。）								
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 () <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)								
居宅介護支援事業所名	担当ケアマネジャーがいる方は、必ず記入してください。								
担当ケアマネジャー名									
申請理由（身体の状況）（ <input type="checkbox"/> 寝たきりである <input type="checkbox"/> 寝たきりに近い）一人でトイレに <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可									
申請時の状況 <input type="checkbox"/> 在宅（住民 現在の主たる所在地について記入してください。） <input type="checkbox"/> 入院・入所中（在宅、入院、入所など）定（要連絡）									
詳しく記入してください。									
おむつ給付助成を申請する理由を記入してください。（重要！！） 寝たきりの状態、認知症の程度等、具体的な記述をお願いします。									
..... 以下は記入しないでください。									
上記申請について	市役所記入欄ですので、記入は不要です。								
認定日									
有効期間									
作成日									
寝たきり自立									
認知度自立									
課税状況	個人・世帯・非・生保・転入・未申告	他							