様式第２号（第６条関係）

　　年　　月　　日

みなかみ町長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

続　　柄

在宅要援護高齢者紙おむつ等購入費支給申請書（委託事業所以外分）

紙おむつ等購入費の支給を受けたいので、次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | みなかみ町 | | | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 大正・昭和  年　　月　　日 |
| 要介護  の状態 | | □ 要支援１　□ 要支援２  □ 要介護１　□ 要介護２　□ 要介護３　□ 要介護４　□ 要介護５  □ 厚生労働大臣が定める基準に該当する第一号被保険者 | | |
| 居住  の状況 | | □ 在宅　　□ 入院　　□ 入所 | | |

※ 医療機関に入院、又は老人福祉法・介護保険法・高齢者の居住の安定確保に関する法律に規定する施設に入所又は入居されている方は支給の対象外です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給額 | 領収金額 | 率 | 支給額 |
| 円（　　　　年　　月購入分） | ×１／４ | 円 |
| 円（　　　　年　　月購入分） | ×１／４ | 円 |
| 円（　　　　年　　月購入分） | ×１／４ | 円 |
| 円（　　　　年　　月購入分） | ×１／４ | 円 |
| 合計 | | 円 |

※ 領収書（品名・単価等が確認できるもの）を添付してください。

※ 支給額は月毎に算出（円未満切り上げ）し、１月当たり2,000円を限度とします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 銀行・信用金庫・農協 | | | | | | | | 支店・支所 | | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （フリガナ）  口座名義 |  | |