様式第1号(第5条関係)

# 本巣市高齢者紙おむつ購入費助成申請書

年　　月　　日

本巣市長　様

下記のとおり、本巣市高齢者紙おむつ購入費助成券の交付を申請します。
また、次のことについて同意します。

(1)　申請内容について、市が各関係機関へ調査、照会、閲覧することに同意すること。

(2)　申請内容に虚偽が発覚したとき、又は不正利用が発覚したときは、未使用の助成券は速やかに返還し、助成された金額の一部又は全部を返還すること。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者（対象者） | ふりがな | | | |
| | 氏　　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日<br>（　　歳） |
| | 住　　所 | 〒<br>本巣市<br>TEL（　　） | | |
| | 状　　況 | 該当する項目全てに✓をしてください。<br>1　要介護状態区分<br>□支援１　□支援２<br>□介護１　□介護２　□介護３　□介護４　□介護５<br>2　身体障害者手帳<br>□有（　　級）／　□無<br>3　□社会福祉施設等に入所していない<br>4　いずれかに✓をしてください<br>□　病院に入院していない<br>□　入院中　（入院日　　年　　月　　日） | | |

＜対象者の世帯状況＞

| 続柄 | 氏　　名 | 生年月日 | 年齢 | 当該年度市町村民税所得割課税額 |
|---|---|---|---|---|
| 本人 | | 年　　月　　日 | 歳 | |
| | | 年　　月　　日 | 歳 | |
| | | 年　　月　　日 | 歳 | |
| | | 年　　月　　日 | 歳 | |
| | | 年　　月　　日 | 歳 | |

代理人が申請する場合は、下欄にも記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住　　所 | 〒 | | |
| ふりがな | | TEL | |
| 氏　　名 | | 申請者との続柄 | |

＜市確認欄＞

| | |
|---|---|
| 来庁者確認欄 | □マイナンバーカード　□運転免許証　□保険証<br>□その他（　　） |