

高齢者紙おむつ等支給事業（支給・購入費助成）申請書

年 月 日

（宛先）板橋区長

下記のとおり、紙おむつ等（支給・購入費助成）を受けたく申請します。

なお、申請及び継続に当たり、受給者並びに世帯全員の所得、受給者の生活保護受給及び中国残留邦人法による支援給付、板橋区心身障がい者紙おむつ助成事業による給付、介護保険認定の確認について承諾します。

記

申請者 (本人)	フリガナ 氏名		性別	男・女	1. 在宅 2. 入院・入所
	住所	板橋区 (アパート・マンション名・方書)	生年月日		明・大・昭 年 月 日 (歳)
	電話番号	— —	要介護状態		要介護 (1・2・3・4・5)

□ 現物支給	配送先 <input type="checkbox"/> 申請者宅 (記入不要) <input type="checkbox"/> その他 (下記記入) ※原則、通知等は配送先に送付します。 (〒 —)
	住所 _____ (アパート・マンション名・方書)
	氏名 _____ 申請者との関係 _____ 電話番号 _____ — —

□ 現金助成	※注意 病院・施設指定の紙おむつしか使用できない場合のみ現金助成を選択できます。 (病院・施設 指定の紙おむつ使用) (病院・施設名: _____)
	書類送付先 <input type="checkbox"/> 申請者宅 (記入不要) <input type="checkbox"/> その他 (下記記入) (〒 —)
	住所 _____ (アパート・マンション名・方書)
	氏名 _____ 申請者との関係 _____ 電話番号 _____ — —

書類 提出者	<input type="checkbox"/> 申請者 (記入不要) <input type="checkbox"/> その他 (下記記入) (〒 —)
	住所 _____ (アパート・マンション名・方書)
	フリガナ 氏名 _____ 申請者との関係 _____ 電話番号 _____ — —

.....区処理欄（以下は記入しないでください）.....

受領	受付	決定番号
備考（補足事項）		