

小川町長 あて

令和 年 月 日

申請者 住所
(=口座名義人) 氏名

印

電話番号

下記のとおり関係書類を添えて、介護用品（紙おむつ）の助成を申請します。併せて小川町家族介護用品助成の支給決定にあたり必要があるときは、要介護認定の調査結果、主治医意見書及び居宅介護支援（予防）計画書、介護保険サービスの利用状況を閲覧すること、及び医療保険の保険者に入院状況を確認することに同意します。

| | | | | |
|------------------------------|--------|-------|----------------|----------------|
| 介護 保険 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 住所 | 〒 ー 小川町 |
| | フリガナ | | 認定状況 (○で囲む) | 要介護3 要介護4 要介護5 |
| | 被保険者氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 認定期間 | ～ |

合計 円 入所、入院日数 計 日/月

領収書 添付欄

領収書の宛名は、紙おむつを使用している方＝被保険者となっているか、品目が入っているかを確認して、添付欄左上の角にホチキス止めしてください。

| | | | |
|--------------|-------|------|------|
| 新規申請 のみ記入 | 金融機関名 | 種別 | 口座番号 |
| | | | |
| | 支店名 | 口座名義 | |
| | | フリガナ | |

被保険者が小川町家族介護用品助成について委任する場合は、裏面の委任状に記入してください

(裏面)

委任状

令和 年 月 日

(委任者/被保険者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

私は、小川町家族介護用品助成についての申請・受領を下記の者に委任します。

記

(受任者/
申請者=口座名義人) 住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 ()