

（表）

在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

（申請者）住 所 _____
 氏 名 _____
 続 柄（ _____ ）
 連 絡 先 _____

藤岡市在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき補助金の交付を申請します。なお、申請を行うにあたり、補助対象資格の要件に係る私の世帯の住民基本台帳情報、税情報その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------|--------------------|---|--|
| フリガナ | | | 介護保険 被保険者番号 | | |
| 対象者 | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | | | |
| 住所 | | | | | |
| 1日の紙おむつ等交換枚数 | 紙おむつ | 枚 | パッド | 枚 | |
| 申請対象 期間 | ※該当する期間に○をしてください。 1～6月 ・ 7～12月 購入分 | | 申請額合計 | 円 | |
| 購入年月 | 申請額（購入額） | 購入年月 | 申請額（購入額） | | |
| 年 月分 | 円 | 年 月分 | 円 | | |
| 年 月分 | 円 | 年 月分 | 円 | | |
| 年 月分 | 円 | 年 月分 | 円 | | |
| 申請対象期間内の【入院、 施設・短期入所】日数を 記入してください。 | 月 日間 (入院・施設・短期) | 月 日間 (入院・施設・短期) | 月 日間 (入院・施設・短期) | | |
| | 月 日間 (入院・施設・短期) | 月 日間 (入院・施設・短期) | 月 日間 (入院・施設・短期) | | |

注意：紙おむつ等の購入に係るレシートまたは領収書を、この申請書の裏面に貼付してください。
 補助金は（下記の口座・前回と同じ口座（希望の口座に○をしてください。））に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|--|--|--|--------|-----------|--|--|-------|
| 振 込 先 依 頼 欄 | 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | 預金種別 |
| | 銀行 信金 信組 | | | | | 本店 出張所 | | | | 普通・当座 |
| | 農協 労金 | | | | | 支店 営業部 | | | | |
| | 口座番号（右詰め） | | | | | | 口座名義人（カナ） | | | |
| | | | | | | | | | | |

補助対象要件に係る私の世帯の住民基本台帳情報、税情報その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。（申請者が対象者本人の場合は署名不要）

対象者氏名

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|----|----|----|---------------|----|-------|-----|---|
| 記 入 欄 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1～6月 世帯課税 | 月額 | 法定日 | 上限額 | 円 |
| | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 7～12月 世帯課税 | 月額 | 認定状況等 | 決定額 | 円 |

(裏) 事業所名 _____

◇補助金額

担当者名 _____

紙おむつ等の購入費について、世帯の住民税課税状況に応じた上限額まで補助されます。
補助上限額については、次のとおりとなります。

| 世帯の住民税課税状況 | 月額 | 申請対象期間ごとの上限額※ |
|------------|--------|--------------------|
| 住民税非課税世帯 | 3,000円 | 3,000円×6ヶ月＝18,000円 |
| 住民税課税世帯 | 1,500円 | 1,500円×6ヶ月＝9,000円 |

※申請対象期間内に次の事由に該当した月数分、上限額が減額されます。

- ①月の半分以上在宅生活を離れた（入院・短記入所・施設入所など）月
- ②要介護認定の更新や変更により、要支援の認定をされた月
- ③紙おむつを常に使用する必要がなくなった月
- ④藤岡市から転出した月
- ⑤藤岡市に転入する以前の月

レシート・領収書 貼付範囲

◇レシート・領収書について

レシート等はこの太枠内に貼付してください。

貼付するレシート等については、

【商品名・購入日・購入額・購入店舗】が記載されている原本としてください。

レシート等がはがれないように、しっかりと貼付してください。

◇対象となる商品項目

- ・紙おむつ
- ・紙パンツ
- ・尿取りパッド
- ・使い捨て手袋
- ・おしりふき

注意：審査の結果、補助の対象とならないこともあります。