

（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 農協 労金					本店 出張所 支店 営業部			普通・当座	
	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・短期入所・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。