

八王子市入院高齢者おむつ代助成申請書

八王子市長 殿

以下のことに同意の上、入院高齢者おむつ代の助成を申請します。

1. 市民税非課税を証明する書類を提出する代わりに公簿の調査、また要件確認に必要な調査をすること。
2. 提出した書類の内容確認のため、発行元へ問い合わせること。

年 月 日 申請者 (対象者) _____

※申請者が対象者以外→ 相続人代表者 成年後見人

対象者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日(歳)
	氏名		介護保険被保険者番号		
	住所 (住民登録地)	八王子市			電話
	介護認定有効期間と要介護度	年 月 日 ~ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
入院助成の申請	<input type="checkbox"/> 前回の申請から継続した入院分を申請する。 <input type="checkbox"/> 新規申請する。 → 入院日 年 月				
申請月と金額	→ 裏面に記入してください。				
振込先	<input type="checkbox"/> 口座振替依頼書の口座 (別紙に記入) <input type="checkbox"/> 前回提出した口座 <input type="checkbox"/> 相続人代表者口座 (別紙、申立書に記入)				
窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 相続人代表者 <input type="checkbox"/> 成年後見人(登記事項証明写添付) <input type="checkbox"/> その他				
	} 以下も記入してください。				
	住所	_____			
	氏名	_____	対象者と の続柄	_____	
電話	_____	通知送付先	<input type="checkbox"/> 対象者住所 <input type="checkbox"/> 窓口に来た人の住所		

受付処理欄 担当 ()

継続 新規 → 助成対象開始日 年 月 日

申請期間	年 月 ~ 年 月		
生保	<input type="checkbox"/> 利用していない		
対象者の課税状況	今年度	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	在宅おむつ
	前年度	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	
	※~6月分前年度、7月分~今年度		<input type="checkbox"/> 今まで利用なし <input type="checkbox"/> 入院月は受給なし () 月まで利用あり
口座	以前の口座提出 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
確認	<input type="checkbox"/> 退院月申請時、在宅おむつ利用不可の承諾書記入済み		
本人確認	添付書類		