

様式第1号(第3条関係)

在宅重度心身障害者(児)及び重度要介護高齢者等紙おむつ助成認定申請書

年 月 日

(宛先)北本市長

申請者 住 所 北本市  
氏 名  
電 話

下記のとおり、紙おむつの助成を受けたいので申請します。

記

受給者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日( 歳)	
	障害の状況	身体障害者手帳	障 害 名 障害の程度(1級・2級)		
		療育手帳	障害の程度(Ⓐ ・ A )		
	介護度等の状況	要介護度 3 ・ 4 ・ 5 認知症の状態 重度 ・ 中度 ・ 軽度			
紙おむつ受給額	1月 6,000円を限度とする。				
現在の状況					
介護者氏名		受給者との続柄			
世帯構成		氏 名	生年月日	生計中心者に○	
	世帯主				
	世帯員				
振込先	信用金庫 銀 行 農 協 支店 普通・当 座(どちらかに○を付けてください。) フリガナ 口座番号 口座名義人				

# 同意書

(宛先) 北本市長

北本市在宅重度心身障害者(児)及び重度要介護高齢者等紙おむつ助成金の申請及び更新に当たり、\_\_\_\_\_の属する世帯における生計中心者は私であり、所得税の課税状況を市が確認することについて同意します。また、支給の決定がなされた場合には、支給に該当する期間中、毎年同様の確認がなされることについても同意します。

住 所	氏 名	印
北本市		

## 注意事項

同意されない場合には、生計中心者の確定申告書の控え又は給与所得の源泉徴収票の提出をお願いします。