

辰野町在宅要介護高齢者紙おむつ等購入費 支給申請書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先)辰野町長

ご家族による申請も可能です。

申請者 住所 辰野町中央1番地
名前 辰野 太郎
対象者との関係 本人
電話番号 0266-41-1111

購入内容の分かる領収書(レシートでも可)または領収書の写しを必ず添付してください。

下記のとおり、領収書を添えて申請します。

なお、要介護者及び世帯の課税情報を町担当者が閲覧することに同意します。

Table with columns for Applicant (辰野 太郎), Insurance No (0030000000), Care Level (要介護2), and Subsidy Amount (月額 3,000円 / 月額 5,000円).

Table for Application Amount (申請額) with columns for month/year and amount, and a note: 該当用品の購入額を記入。 ※支給限度額を確認のうえ記入してください。

Table for Facility/Admission (入所・入院) with columns for facility name and dates, and a note: 申請期間内で施設入所や入院した期間がある場合は記入してください。

支給額の受領について、下記の口座名義人へ委任します。(対象者本人の口座の場合は署名不要です。)

委任者 _____

下記の口座が対象者本人の口座ではない(家族名義の口座等)場合は、委任者の欄に対象者本人の氏名を記入してください。

Table for Bank Account (口座振込先) with columns for Financial Institution (〇〇銀行), Account Type (普通・当座), and Account Number (1234567).

※市町村確認欄 (該当に〇)

Table for Confirmation (確認欄) with columns for Limit (月限度額), Care Level (介護度), Tax Status (課税状況), and Eligibility (支給可否).