紙おむつ購入助成券交付申請書

年　　月　　日

日進市長　宛て

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

　日進市障害者紙おむつ購入費支給要綱第５条第１項の規定に基づき、紙おむつ購入助成券の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対 象 者 | 住　　所 | □申請者と同じ日進市 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 紙おむつを必要とする状況 | 該当する状況にチェック☑をしてください。□ 常に紙おむつを使用している□ トイレに介助・見守りが必要□ トイレに間に合わないことがある□ その他 ( ) |

|  |
| --- |
| 確認書兼同意書次の内容を確認したうえでチェック☑をしてください。□ 助成券及び助成券で購入した紙おむつ等を対象者以外の者のために使用し、又は第三者に譲渡し、若しくは売買してはならないこと□ 介護保険の保険給付を受けている者は助成券が使用できないこと□ 医療機関に入院中又は社会福祉施設等に入所中は助成券が使用できないこと□ 上記に反した場合その他不正の手段により助成券を使用した場合は、相当する金額の全部又は一部を市の求めに応じて返還すること上記の事項について同意します。 申請者氏名 　（申請者が相談支援員等の場合は対象者の氏名）　 |

※市記入　助成券番号：

　　　　　　　開始月：