

様式第 1 号（第 3 条関係）

在宅ねたきり・認知症高齢者おむつ費用受給資格認定申請書

年 月 日

刈谷市長

申請者 住所又は所在地

（事業者等が申請
する場合は記載） ☐ 地域包括支援センター
（包括名

☐ 居宅介護支援事業所等
（事業所名

氏 名

（家族等の場合） （続柄

電 話 番 号 (.....) —

次のとおり申請します。

助成希望者	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	☐ 同上	☐ 上記住所に居住しており、医療機関等への入院、施設入所はしていません。		
備 考					

私は、刈谷市長が交付枚数の確認のため、私及び世帯員の課税状況等を調査することに同意します。また、このことについて、当該世帯員からの同意を得ています。

助成希望者氏名

※自署または記名押印してください。

【市確認欄 受給要件等】

☐ 在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給者

※要介護 4・5 のみ

☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ⇒ 交付枚数 2 倍

受付	入力
----	----

在宅ねたきり・認知症高齢者おむつ費用受給資格認定申請書（記入例）

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

刈谷市長

申請者 住所又は所在地 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地

（事業者等が申請
する場合は記載）
☐ 地域包括支援センター
（包括名

☐ 居宅介護支援事業所等
（事業所名

氏 名 刈谷 太郎

（家族等の場合） （続柄 長男 ）

電 話 番 号 (〇〇〇〇) 〇〇 — 〇〇〇〇

次のとおり申請します。

助成希望者	ふりがな	かりや はなこ		生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏 名	刈谷 花子			
	住 所	☒ 同上	☒ 上記住所に居住しており、医療機関等への入院、施設入所はしていません。		
備 考					

私は、刈谷市長が交付枚数の確認のため、私及び世帯員の課税状況等を調査することに同意します。また、このことについて、当該世帯員からの同意を得ています。

助成希望者氏名 刈谷 花子

※自署または記名押印してください。

【市確認欄 受給要件等】

☐ 在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給者
※要介護 市記入欄
☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ⇒ 交付枚数 2 倍

受付	入力
----	----