

年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住所
氏名
対象者との続柄()
電話番号

嘉手納町高齢者等おむつ助成金受給申請書

嘉手納町高齢者等おむつ助成金支給規則第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	住所	嘉手納町		電話番号	
	氏名	男・女		生年月日	年 月 日
区分	1 在宅 2 医療保険適用で入院中 年 月 日 (病院名) 3 介護保険適用で入所中 年 月 日 (施設名)				
身体状況等	おむつを使用したのは 年 月頃 (1 寝たきり状態になったのは 年 月頃) (2 認知症の状態になったのは 年 月頃)				
助成が決定された場合の振込先 ※対象者本人名義に限る。	フリガナ				
	本人氏名				
	銀行名	支店名	店番	口座番号	
嘉手納町高齢者等おむつ助成金の支給要件の該当性等を審査するため、嘉手納町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の関係機関等に求めることに同意します。 ※同意しない場合には受給希望者が非課税であることが分かる証明書及び住民票抄本を添付してください。 対象者氏名： _____ 代筆者氏名： _____ (続柄)					

上記の事項に変更があった場合には、速やかに変更届を提出すること。