

年 月 日

宇治市在宅高齢者等紙おむつ等給付事業利用申請書

宇治市長 あて

申請者	住 所	宇治市		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年 月 日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
	電話番号			
	対象者との関係			

※ 対象者本人を申請者とはできません

次のとおり、在宅高齢者等紙おむつ等給付事業の利用を申請します。

対 象 者	ふりがな			生年月日	明治	年	月	日
	氏名				大正 昭和			
	住所	宇治市			電話			
	介護保険の被保険者番号		〇 〇 〇					
	要介護状態区分		要介護4 ・ 要介護5					
	認定年月日		年 月 日					
	認定の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで					

※事務処理欄

課税 ・ 非課税
課税者名

※介護保険被保険者証(紫色)の写しも必ず添付してください。

裏面あり

(裏)

同意書

宇治市在宅高齢者等紙おむつ給付事業の利用申請に当たり、私の市民税の課税状況その他必要な事項について宇治市長が調査し、又は、税務関係当局に報告を求めることについて同意します。

宇治市長 あて

住 所	宇治市		
対象者 氏 名		氏 名	
氏 名		氏 名	
氏 名		氏 名	
氏 名		氏 名	
扶養して いる者	住 所		
	氏 名		

注1 初回申請時(同一年度に限る。)のみ、必ず記入願います。

注2 扶養している者が宇治市以外に住所を有する場合等は、住民税が非課税である旨の証明書を添付してください。

注3 対象者を含む世帯全員が記入して下さい。