様式第1号（第5条関係）

宇美町紙おむつ購入費給付申請書

年　　月　　日

宇美町長　様

　　　　　　　　　　　　　 （届出者）

|  |
| --- |
| 住　　所 |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　) |
| 電話番号　　　　　　－　　　　　　－ |

　紙おむつ購入費の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  申請者氏名 |  | | | 生年月日 | |  | |
| 申請者住所 | 宇美町 | | | | 電話番号 | |  |
| 希望  指定取扱店 |  | | | | | | |
| 振込希望  金融機関 | 金融機関名 |  | 預金種類 | | | 普通　・　当座 | |
| 支店名 |  | 口座番号 | | |  | |

　　　※申請者名義の口座に限ります。

|  |
| --- |
| 町が、申請者の町民税課税状況、介護保険情報、生活保護情報を取得すること、及び指定取扱店に申請者の氏名、住所、電話番号の情報を提供することに同意します。  また、同一住所に居住する者の町民税課税状況を宇美町の課税台帳により確認されることについては、同意を得ています。  申請者氏名  ※申請者及び同一住所に居住する者の町民税課税状況が宇美町の課税台帳により確認できない場合は、課税証明書等を添付のこと。 |

※医師の診断書にて判定を受ける者は、医師の診断書を添付のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 町確認欄 | □要介護認定が要介護1以上  □障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）Ｃ以上  □認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上  □医師の診断 |
| □生活保護の給付なし  □非課税 |