

令和 年度長久手市紙おむつ助成金受給資格認定申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住 所

氏 名 (印)

電話番号

下記のとおり、長久手市紙おむつ助成金支給要綱第4条に基づき申請します。また、所得状況の確認及び、介護保険の介護認定状況の確認に同意します。

フリガナ		個人番号	
対象者氏名		電話番号	()
生年月日	T・S 年 月 日	電話番号	()
対象者住所	長久手市		
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0	要介護認定 有効期間	年 月 日～ 年 月 日
要介護度	要介護 2・3・4・5	施設入所の 有無	自宅・施設名 ()
備考 (市役所確認欄)	本人所得（所得金額 200 万未満） 円 <input type="checkbox"/> 添付書類：個人番号カード又は通知カード <input type="checkbox"/> 身元確認書類：（運転免許証／パスポート／住基カード／その他 ()）		

システム入力済 (/)

年 月 日

(伺い) 上記の申請について、長久手市紙おむつ助成金支給要綱第5条に基づき、長久手市紙おむつ支払証明書（案）及び決定通知を送付してよろしいか。

	課長	補佐	係長	係
決 裁				

浄書	校合	公印使用承認
施行 年 月 日 発送		