

様式第1号(第3条)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

平成24年 3月 3日

(申請先) 上田市長

住所 上田市大手1-11-16

申請者 氏名 上田 花子 ⑩

電話番号 22-4100

対象者との続柄 妻

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所	上田市大手1-11-16		電話番号	22-4100
	氏名	上田 太郎		生年月日	昭和3年3月3日
	要介護 状態区分	要介護4			
希望購入 事業者名		イオン薬局 上田店			
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	備考	

* 希望購入事業者名...登録事業者一覧(別紙)の中から紙おむつ等の購入を希望する事業者を1か所選んでください。

平成24年度、下記のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
平成24年 4月	75,000円	10月	37,500円
5月	68,750円	11月	31,250円
6月	62,500円	12月	25,000円
7月	56,250円	平成25年 1月	18,750円
8月	50,000円	2月	12,500円
9月	43,750円	3月	6,250円

様式第1号(第3条)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

(申請先) 上田市長

住所

申請者 氏名 ⑩

電話番号

対象者との続柄

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所			電話番号	
	氏名			生年月日	
	要介護 状態区分				
希望購入 事業者名					
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	備考	

* 希望購入事業者名...登録事業者一覧(別紙)の中から紙おむつ等の購入を希望する事業者を1か所選んでください。

平成24年度、下記のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
平成24年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750円	11月	31,250 円
6月	62,500円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	平成25年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

様式第1号(第3条)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

(申請先) 上田市長

住所

申請者 氏名 ⑩

電話番号

対象者との続柄

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住所				電話番号	
	氏名				生年月日	
	要介護 状態区分					
希望購入 事業者名						
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	備考		

* 希望購入事業者名...登録事業者一覧(別紙)の中から紙おむつ等の購入を希望する事業者を1か所選んでください。

平成25年度、下記のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
平成25年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750円	11月	31,250 円
6月	62,500円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	平成26年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

様式第1号(第5条関係)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

(申請先) 上田市長

住所

申請者 氏名 ⑩

電話番号

対象者との続柄

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
また、本申請に係る助成の決定後、希望購入事業者へ、当申請書に記載された対象者に係る情報を提供することに同意します。

対象者	住所				電話番号	
	氏名				生年月日	
	要介護 状態区分					
希望購入 事業者名						
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	備考		

*希望購入事業者名...登録事業者一覧(別紙)の中から紙おむつ等の購入を希望する事業者を1か所選んでください。

平成28年度、次のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
平成28年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750 円	11月	31,250 円
6月	62,500 円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	平成29年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

様式第1号(第5条関係)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

(申請先) 上田市長

住所

申請者 氏名 ⑩

電話番号

対象者との続柄

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
また、本申請に係る助成の決定後、希望購入事業者へ、当申請書に記載された対象者に係る情報を提供することに同意します。

対象者	住所				電話番号	
	氏名				生年月日	
	要介護 状態区分					
希望購入 事業者名						
世帯の 状況	氏名	対象者との 続柄	生年月日	備考		

*希望購入事業者名...登録事業者一覧(別紙)の中から紙おむつ等の購入を希望する事業者を1か所選んでください。

平成29年度、次のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
平成29年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750 円	11月	31,250 円
6月	62,500 円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	平成30年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

記入例

様式第1号(第5条関係)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

____年 ____月 ____日

(申請先) 上田市長

住所 上田市 11-2

申請者 氏名 上田 花子 ㊞

電話番号 -

対象者との続柄 長女

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、この申請に当たり、上田市長が私及び私の家族に係る課税台帳関係資料を閲覧すること及び対象者の入院・入所の確認を介護支援専門員、医療機関、介護保険施設等へ照会することに同意します。また、本申請に係る助成決定後、希望購入事業者へ当申請書に記載された対象者に係る情報を提供することに同意します。

対象者	住所	<u>上田市 11-2</u>		電話番号	<u> -</u>
	氏名	<u>上田 太郎</u>		生年月日	<u> 年 月 日</u>
	要介護状態区分	<u>要介護4</u>			
希望購入事業者名	<u> 薬局</u>				
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備	
	<u>上田 正子</u>	<u>妻</u>	<u> 年 月 日</u>		
	<u>上田 花子</u>	<u>長女</u>	<u> 年 月 日</u>		

ここで指定した薬局でのみ
利用できます
(事業者一覧表を参照)

令和元年度、次のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
令和元年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750 円	11月	31,250 円
6月	62,500 円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	令和2年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

裏面もご記入
お願いします

記入例

様式第1号(第5条関係)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

____年 ____月 ____日

(申請先) 上田市長

住所 上田市 11-2

申請者 氏名 上田 花子 ㊞

電話番号 -

対象者との続柄 長女

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、この申請に当たり、上田市長が私及び私の家族に係る課税台帳関係資料を閲覧すること及び対象者の入院・入所の確認を介護支援専門員、医療機関、介護保険施設等へ照会することに同意します。また、本申請に係る助成決定後、希望購入事業者へ当申請書に記載された対象者に係る情報を提供することに同意します。

対象者	住所	<u>上田市 11-2</u>		電話番号	<u> -</u>
	氏名	<u>上田 太郎</u>		生年月日	<u> 年 月 日</u>
	要介護状態区分	<u>要介護4</u>			
希望購入事業者名	<u> 薬局</u>				
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備	
	<u>上田 正子</u>	<u>妻</u>	<u> 年 月 日</u>		
	<u>上田 花子</u>	<u>長女</u>	<u> 年 月 日</u>		

ここで指定した薬局でのみ
利用できます
(事業者一覧表を参照)

令和2年度、次のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
令和2年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750 円	11月	31,250 円
6月	62,500 円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	令和3年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

裏面もご記入
お願いします

記入例

様式第1号(第5条関係)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

____年 ____月 ____日

(申請先) 上田市長

住所 上田市 11-2

申請者 氏名 上田 花子 ㊞

電話番号 -

対象者との続柄 長女

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、この申請に当たり、上田市長が私及び私の家族に係る課税台帳関係資料を閲覧すること及び対象者の入院・入所の確認を介護支援専門員、医療機関、介護保険施設等へ照会することに同意します。また、本申請に係る助成決定後、希望購入事業者へ当申請書に記載された対象者に係る情報を提供することに同意します。

対象者	住所	<u>上田市 11-2</u>		電話番号	<u> -</u>
	氏名	<u>上田 太郎</u>		生年月日	<u> 年 月 日</u>
	要介護状態区分	<u>要介護4</u>			
希望購入事業者名	<u> 薬局</u>				
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備	
	<u>上田 正子</u>	<u>妻</u>	<u> 年 月 日</u>		
	<u>上田 花子</u>	<u>長女</u>	<u> 年 月 日</u>		

ここで指定した薬局でのみ
利用できます
(事業者一覧表を参照)

令和3年度、次のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
令和3年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750 円	11月	31,250 円
6月	62,500 円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	令和4年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

裏面もご記入
お願いします

記入例

様式第1号(第5条関係)

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

____年 ____月 ____日

(申請先) 上田市長

住所 上田市 11-2

申請者 氏名 上田 花子 ㊞

電話番号 -

対象者との続柄 長女

紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、この申請に当たり、上田市長が私及び私の家族に係る課税台帳関係資料を閲覧すること及び対象者の入院・入所の確認を介護支援専門員、医療機関、介護保険施設等へ照会することに同意します。また、本申請に係る助成決定後、希望購入事業者へ当申請書に記載された対象者に係る情報を提供することに同意します。

対象者	住所	<u>上田市 11-2</u>		電話番号	<u> -</u>
	氏名	<u>上田 太郎</u>		生年月日	<u> 年 月 日</u>
	要介護状態区分	<u>要介護4</u>			
希望購入事業者名	<u> 薬局</u>				
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備	
	<u>上田 正子</u>	<u>妻</u>	<u> 年 月 日</u>		
	<u>上田 花子</u>	<u>長女</u>	<u> 年 月 日</u>		

ここで指定した薬局でのみ
利用できます
(事業者一覧表を参照)

令和4年度、次のとおり申請月によって助成金額が変わります。

申請月	助成金額	申請月	助成金額
令和4年 4月	75,000 円	10月	37,500 円
5月	68,750 円	11月	31,250 円
6月	62,500 円	12月	25,000 円
7月	56,250 円	令和5年 1月	18,750 円
8月	50,000 円	2月	12,500 円
9月	43,750 円	3月	6,250 円

裏面もご記入
お願いします