

上田市紙おむつ等購入費助成申請書

〇〇年 〇〇 月 〇〇 日

（申請先） 上田市長

住所 上田市〇〇11-2

申請者 氏名 上田 花子

電話番号 〇〇-△△□□

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	上田市〇〇11-2		電話番号	〇〇-△△□□
	氏名	上田 太郎		生年月日	〇年〇月〇日
	要介護状態区分	要介護4			
希望購入事業者名		〇〇△薬局			
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	備考 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)	
	上田 正子	妻	〇〇年〇月〇日		
	上田 花子	長女	△△年△月△日		

※令和7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7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8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

裏面もご記入をお願いします

(担当課使用欄)

課 長	係 長	担 当

担当課所名 高齢者介護課

上田市税等納付状況調査同意書

○ 年 ○ 月 ○ 日

(あて先) 上田市長

※太枠の中のみご記入ください。

【対象者(紙おむつ等使用者)】

住 所	上田市○○11-2
(フリガナ) 氏 名	ウエダ タロウ 上田 太郎
生年月日	明・大・昭 ○年 ○ 月 ○ 日

自署の場合は押印
不要です。

私は、上田市紙おむつ等購入費助成金の交付に関し、私と家族に係る上田市税及び保険料について、上田市が関係公簿等を必要に応じて調査することに同意します。

○ 調査に同意する税目及び保険料

- 1 個人市民税
- 2 固定資産税
- 3 都市計画税
- 4 軽自動車税
- 5 国民健康保険税
- 6 後期高齢者医療保険料
- 7 介護保険料

(*以下、収納管理課使用欄)

課 長	係 長	担 当

滞納なし

「滞納あり」、「その他」の回答

調 査 日	種 類	備 考	調査担当者 (滞納がある場合のみ)
	滞納あり ☐ 該当なし ☐ その他 ☐		
	滞納あり ☐ 該当なし ☐ その他 ☐		
	滞納あり ☐ 該当なし ☐ その他 ☐		