

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 ⑩

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	備考 <b>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)</b>	
	<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>		

令和5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5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6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**