様式第3号(第4条関係)

紙おむつ購入費助成申請書兼請求書

令和　　　　年　　　月　　　日

　桜川市長　　　　様

申請者　郵便番号

住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

　下記により、紙おむつ購入費の助成を領収書を添えて申請（請求）します。記載された内容に相違ありません。事実と異なることが認められた場合には、助成金の全部又は一部を返還いたします。なお、支給要件の該当性を審査するため、市町村が必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | | 男・女 | |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　　年　　 月　　 日 | | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 桜川市 | | | |
| 介護認定度 | 要介護　　3 　・ 　4 　・　 5  　　　　　2Ⅲa以上 　・ 　その他 | | | |
| 介護認定期間 | 年　 　月　　 日から　　　 　年　 　月　 　日まで | | | |
| 申請期間中の対象者の状況 | □自宅  □グループホーム(施設名　　　　　　　　　　　　　　　　)  (入所期間　　　　　月　　日～　　　　月　　日まで)  □介護施設(施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  (入所期間　　　　　月　　日～　　　　月　　日まで)  □病院(医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  (入院期間　　　　　月　　日～　　　　月　　日まで)  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 他制度の利用 | 障害者おむつ助成制度の利用　　有・無 | | | |
| 1　助成申請月 | | 令和　　 　 年　 　月分から　　令和　　 　年　 　月分 | | | |
| 2　紙おむつ購入額 | | 円 | 3　申請（請求）額 | 円 | |
| 交付決定 | | 可・一部否・否 | 決定金額 | 円 | |
| 備考 | | | | | |

|  |
| --- |
| 領収書添付欄 |