

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 齡 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム(施設名) (入所期間 月 日～ 月 日まで) <input type="checkbox"/> 介護施設(施設名) (入所期間 月 日～ 月 日まで) <input type="checkbox"/> 病院(医療機関名) (入院期間 月 日～ 月 日まで) <input type="checkbox"/> 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