

紙おむつ購入費助成申請書兼請求書

令和 5年 7月 10日

桜川市長 様

申請者 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

申請者は、対象者、ご家族様のどちらでも可。申請者に決定通知を送付します。

住所 桜川市〇〇番地〇

氏名 桜川 太郎

対象者は、紙おむつを使用している方です。

対象者との続柄 長男

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

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。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	桜川 花子	男・女
	生年月日	大・昭・平 16年 4月 1日	年齢 82歳
	住所	桜川市〇〇番地〇	介護保険証をご確認ください。
	介護認定度	要介護 3・4・5 2Ⅲa以上・その他	
	介護認定期間	令和 3年 4月 1日 から 令和 6年 3月 31日まで	
	利用施設	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 病院(医療機関名 さくらがわ地域医療センター ) (入院期間 5月 3日～ 5月 25日まで) <input type="checkbox"/> その他( )	
障害者おむつ助成制度の利用	有・無		
申請期間	令和 5年 4月分 から 令和 5年 6月分		
申請額	9,450円	3 申請(請求)額	6,000円
交付決定	可・一部否・否	決定金額	円
備考	領収書の合計金額が9,000円を超えている場合は上限の9,000円。購入金額が9,000円未満の場合は、購入額が申請額になります。		

領収書の税込合計金額を記入(ただし、クーポン、ポイント等で割引された額は除く)。添付がレシートの場合は、日付からお釣りが分かるようにしてください。