

様式第1号（第4条関係）

心身障害者（児）紙おむつ購入費助成申請書

令和 年 月 日

桜川市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

対象者との続柄（ ）

TEL（ - - ）

桜川市心身障害者（児）紙おむつ助成実施要綱第4条の規定により、紙おむつ購入費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

令和 年度		初・2 回目				
対 象 者	氏 名		性別	男・女	生年月日	
	住 所					
	手帳交 付状況	身体障害者 手帳状況	第	号	療育手帳番号	第 号
		等 級		級	判 定	
		交付年月日			判定年月日	
障害名						
紙おむつ 購入費用		月分	円	月分	円	
		月分	円	月分	円	
		月分	円	月分	円	
		合計				円
助成申請額						円
年度助成済額						0 円
支払希望 金融機関	名 称	支店名	口座番号	名 義（ふりがな）		
	銀行	支店	普通・当座 No.			

※ 添付書類

- ・紙おむつ購入費用を証する領収書

日常生活状況。近いと思われる番号に○をつけて下さい。

1 屋内での生活状況(排泄・食事・着替え・入浴等)

①自立      ②見守り等      ③一部介助      ④全介助

2 屋外・外出での状況

①自立      ②見守り等      ③一部介助      ④全介助

入院・施設入所状況

◎ 入院しましたか。      した      ・      しない  
入院      月      日～      月      日      ・      入院中

◎ 施設入所しましたか。(短期入所は含まない)      した      ・      しない  
入所      月      日～      月      日      ・      入所中

備考 領収書貼付