

下仁田町紙おむつ購入費扶助申請書

年 月 日

下仁田町長 様

申請者 住所 〒

氏名

(対象者との続柄)

電話

下記により紙おむつ購入費の扶助を受けたく申請します。

対象者	住所	〒 下仁田町大字		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
介護者氏名					
使用者の 日常の状態		① 要介護度 (2・3・4・5) ② 身体障害者 (1・2級) ③ 知的障害者 (A)			
扶助所要額 及び内訳		介護期間 _____ カ月 × 月限度額 5,000円		a _____ 円	
		購入価格合計		b _____ 円	
		a または b のうちいずれか低い額			
添付書類		領収書(購入内容が記載されたもの)			
扶助費振込先		金融機関		銀行・信金 信組・農協	
		普通預金・その他()		口座番号	
		フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
備 考		入院・入所 (ショートステイ含) の利用期間を記載		※月15日以上は扶助対象外	
		月	日間	月	日間
		月	日間	月	日間
		月	日間	月	日間