

(様式第 1 号) (第 4 関係)

坂城町介護用品購入費用支給申請書

年 月 日

坂城町長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

(利用者との関係 :)

電話番号

坂城町介護用品購入費用支給事業実施要綱により、おむつ類の購入費の支給について申請します。

記

利用者氏名	フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日		
			年 月 日		
対 象 区 分	1. 介護保険法により要介護 3. 4 又は 5 に認定を受けた者 2. 重度障がいがある 65 歳未満の者				
介護用品の種類	1. 布おむつ 2. 紙おむつ 3. パンツ型おむつ 4. 尿とりパット				
振込先金融機関			支店 ・ 支所		
口座名義人	フリガナ				
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号 (左づめで記入)			

注意事項

- この申請書は、領収書と一緒にご提出ください。
- 領収書は、店舗印・宛名・購入内容 が 明記されているものをご提出ください。
- 領収証は、申請日からさかのぼった **1 年以内のもの**を有効期間とします。
なお、年度内に支給できる金額は 75,000 円以内です。
- ゆうちょ銀行・郵便局への振込を希望される場合、通帳に印刷された**振込用の店名、名義人、預金種類・口座番号**をご記入ください。

***** 以下は記入しないでください *****

今 回 の 支 給 額	支 給 額 の 累 計	年 度 の 支 給 残 額
円	円	円

※ この申請書に基づく個人情報は、坂城町における高齢者等の福祉事業以外には使用しません。