

(様式第1号) (第4条関係)

坂城町介護用品購入費支給申請書

年 月 日

坂城町長 様

申請者 住所 坂城町大字
(組合)
氏名 ⑩
電話・有線 ー

坂城町介護用品購入費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

寝たきり老人等 氏名	ふりがな	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.重度障害がある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		
※注意事項	1.領収証を添付してください。店舗証明印の無いものは無効です。 2.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。		

振込先 金融機関	支店・支所		
口座 名義人	ふりがな		
口座 番号等	・ 普通 ・ 当座		

※ ゆうちょ銀行・郵便局への振込につきましては、通帳に印刷された振込用の店名、名義人、預金種類・口座番号をお知らせください。

※ ここ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。