

第1号様式（第5条関係）

開成町高齢者等紙おむつ購入費助成申請書（請求書）

年 月 日

開成町長様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印（対象者との続柄）  
 電話番号 \_\_\_\_\_

開成町高齢者等紙おむつ購入費助成事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり請求します。決定のため、対象者の属する住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住所		氏名	
	生年月日		性別	
介護保険	被保険者番号		要介護度	
	有効期間			
身体障害者手帳 障害名	手帳番号		交付年月日	
	障害種別		障害等級	

申請（請求）金額 \_\_\_\_\_ 円

注 必ず領収書を添付してください

支払希望 金融機関	銀行	本・支店 本・支所	普通 当座	口座番号
	農協 信用金庫			(カタカナ) 口座名義人

上記対象者は、在宅において生活され日常生活全般において介護が必要な状態であることを証明します

地区民生委員 \_\_\_\_\_ 印

町記入欄（記入しないでください）

該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯
支払決定金額	_____ 円	