

様式第1号（第3条関係）

島原市ねたきり高齢者等おむつ費助成申請書

年 月 日

島原市長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ 印

続柄 _____ TEL _____

下記のとおり（ 年 月分）おむつ費の支給を申請します。

助成対象者 氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢 歳
助成対象者 住所	島原市		要介護度	1 2 3 4 5
現在の状況	自宅・入院・施設（名称 _____）			
購入金額	円	※ 助成決定金額	円	
振込先金融機関名	(銀行・金庫・組合)		口座番号	
	(本店・支店・出張所)		口座名義人	
所得税課税状況	課税世帯 ・ 非課税世帯			
助成対象者と口座名義人が異なる場合は、おむつ費にかかる助成金の受領を上記口座名義人に委任します。 また、税及び上記内容に関する調査、確認を島原市福祉事務所所長に委任します。 氏名 _____ 印				

(注) 領収書を添付すること。 ※印には記入しないでください。

■登録番号 _____