

(表)

様式第3号(第7条関係)

在宅寝たきり高齢者等紙おむつ購入費助成金請求書

年 月 日

袋井市長

(申請者) 住所

氏名

電話

対象者との続柄

袋井市在宅寝たきり高齢者等紙おむつ購入費助成事業実施要綱による助成金の支給を受けたいので、次のとおり請求します。

請求額 円 (紙おむつ購入費 円)

対象者	住所										
	氏名				生年月日						
振込先金融機関	銀 信 農 業 協 同 組 合 労 働 金 庫				行 庫					支店・本店	
	普通・当座		口座 番号								
	フリガナ										
	口座名義人		本人 その他() ・ 家族								

(注) 申請内容に不正があった場合は、申請を却下または助成金の返還をお願いする場合がございます。

(裏)

紙おむつの購入記録

月	購入額	備考(入院、入所など)
4月	円	
5月	円	
6月	円	
7月	円	
8月	円	
9月	円	
10月	円	
11月	円	
12月	円	
1月	円	
2月	円	
3月	円	
合計金額	円	

(注)領収書の提出は基本的に不要ですが、場合によっては確認させていただく場合がございますので、御自宅で保管してください。