様式第3号(第4条関係)

寝たきり高齢者等紙おむつ購入費助成請求書

年　　　月　　　日

湧別町長　　　　　　　　　　様

住所

申請者

氏名

続柄

　寝たきり高齢者等紙おむつ購入費の助成について、次のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  |
| 住所 | 湧別町 |

助成対象月の入院及び入所の有無・期間についてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 入院　無・有 | 年　　月　　日　　　から　　　年　　月　　日 |
| 年　　月　　日　　　から　　　年　　月　　日 |
| 年　　月　　日　　　から　　　年　　月　　日 |
| 施設入所　無・有 | 年　　月　　日　　　から |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象月 | 購入費用 | 助成額  (2分の1以内で上限5,000円) |
| 年　　　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　　　月分 | 円 | 円 |
| 合計 | | 円 |

※紙おむつ購入の領収書を添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金・農協・漁協　　　　　　　本店・支店 | | |
| 口座番号 |  | 口座名義 |  |

※申請者と振込先の口座名義は同一名を記入してください。