

様式第1号

年 月 日

垂井町長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話 番 号

対象者との関係

### 紙おむつ等購入費助成申請書

次のとおり、紙おむつ等購入費助成を申請します。

対象者	フリガナ 氏名				被保険者番号			
	住所	垂井町  電話番号						
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女		
	介護度	要介護	3	4	5	入院・入所の有無	有 ・ 無	
対象品目	・紙おむつ ・尿取りパッド ・おしりふき			購入費用	円			
口座振込 依頼欄	金融機関名	店舗	種別	口座番号				
	銀行・金庫 農協	店						
	フリガナ							
	口座名義人							

※領収証又は購入した商品の明細がわかるものを添付してください。

