

多賀町長 様

申請者 住所
氏名
(本人との関係)

多賀町紙おむつ購入費支給申請書 (年 月分)

多賀町紙おむつ購入費を支給されるよう、多賀町紙おむつ購入費支給事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 被保険者 氏名 (本人)			被保険者 番号														
			個人番号														
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度	要支援・要介護 ()						性別	男・女				
住 所	〒 多賀町大字 電話番号																
サービス利用の有無	有 ・ 無 ※有の場合、居宅サービス利用票の写しを提示																
商 品 名	購 入 日		購入金額		請求金額 (合計×90/100)												
	年 月 日		円		左記金額にかかる 領収書を裏面に添付												
	年 月 日		円														
	年 月 日		円														
	年 月 日		円														
合計 (支給限度基準額を上限とする) ※1円未満に端数が出るときは切捨て			円		※ 円												

紙おむつ購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座 振込 依頼 欄	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所			口座種目	口座番号					
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金						
							2 当座預金						
							3 その他						
ふりがな													
口座名義人													

町記入欄

領収書確認欄		滞納の有無	有 ・ 無	備 考	
--------	--	-------	-------	-----	--