

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×70/100)										
	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	
--------	--	-------	-------	-----	--