様式第1号(第3条関係)

対馬市紙おむつ費助成申請書

年　　月　　日

　対馬市長　　様

住所

申請者　氏名

電話番号

続柄

　下記のとおり(　　年　　月分)紙おむつ費の助成について申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢歳 |
| 使用者氏名 | 　 |
| 使用者住所 | 対馬市 | 性別 | 男・女 |
| 介護保険被保険者番号 | 　 | 要介護度 | 4・5 |
| 購入金額 | 円 | ※助成決定金額 | 円 |
| 振込先金融機関 | 　 | 銀行・金庫・組合 | 口座番号 | 　 |
| 　 | 支店・支所 | 普通・当座 | フリガナ口座名義 | 　 |
| 　申請者と口座名義人が異なる場合は、紙おむつ費にかかる助成金の振込先を上記口座名義人に委任します。　また、税及び上記内容に関する調査、確認を対馬市長に委任します。 |
| 世帯員氏名 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |

(注)領収書等を添付すること。※印には記入しないでください。