

重度障害者紙おむつ購入扶助費支給申請書

年 月 日

(あて先) 千曲市長

申請者 住所
氏名
電話番号 - -

紙おむつ等を購入したので、扶助費の支給を申請します。

この申請にあたり、扶助費決定のため、千曲市長が私及び世帯員の者の課税台帳関係資料を閲覧することに同意します。

対象者	住所	□申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ	生年月日	年 月 日
1年以内の入院・入所 (どちらかに○)	あり	年 月 日～年 月 日 施設名 ()		
	なし			
身体障害者手帳	長野県 第 号 (年 月 日交付)	障害等級	1級・2級	
療育手帳	中児・知相 第 号 (年 月 日交付)			A1
世帯員	氏 名	続 柄	職 業	備考
		世帯主		
振込先	銀行 金庫 組合 農協 支店 フリガナ 普通 口座名義			

(添付書類) 申請日より、1年以内の領収書 (レシート)

※年間購入額15万円を超えた分、入院・入所期間中の購入分は、支給対象外です。

市 記 入 欄	添付書類	領収書 (レシート) 枚
	支給対象者	対象・対象外
	市県民税課税状況	課税世帯 1/3以内・非課税世帯 1/2以内
	購入金額 (円)	
	扶助申請額 (円)	
	扶助費支給額 (円)	