

美浦村長様

美浦村紙おむつ等購入費助成申請書

美浦村おむつ等購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 申込み内容の審査に当たって、必要となる住民情報、要介護認定情報、課税情報その他の情報について村が調査することに同意します。

フリガナ 申請者 (被保険者氏名)		介護保険 被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)		性別	男・女					
申請者住所	〒300- 美浦村 電話 - -								
購入年月	要介護状態区分			金額					
年 月分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			円					
年 月分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			円					
年 月分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			円					
			合 計			円			
入院・入所	なし・あり (年 月 日 ~ 年 月 日)								
提出者氏名(続柄) : ()									
電話(※必要がある方のみ記入) : - -									

【注意】 この申請書に、おむつ等の購入に係る領収書(購入日、品名、数量、金額、販売店が記載されているものに限る。)または美浦村おむつ等購入代金領収確認書(様式第2号)を添付してください。

上記の助成金を下記の口座に振り込んでください。(該当に○をつけ、正確に記入してください。)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	支 店 出張所 営業部	種 目	口座番号(右つめ)					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
	フリガナ(必ず記入)								
口座名義人									

※村記入欄

受付印	調査票 (排尿 ・ 排便 ・ ズボン等) 聞き取り ()	月別助成金額
	住民税非課税世帯 (非課税 ・ 課税)	月分 円
	介護保険料未納 (無 ・ 有)	月分 円
	交付の可否 (可 ・ 否)	月分 円
	備 考	助成決定額 円