様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

　　みなかみ町長　　　　様

申請者　住所　みなかみ町

氏名

対象者との続柄　(　　　　　)

心身障害児(者)紙おむつ等購入費補助支給申請書

　　下記のとおり、紙おむつ等購入費用に係る補助の支給を申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | みなかみ町 | 生年月日 | | 年　　月　　日生  歳 | |
| 氏名 |  |
| 介護者氏名 | |  | 対象者との続柄 | | |  |
| 支給申請額 | | 円(上限額　3,000円／月) | | | | |
| 使用者の日常の状態 | | 年　　月　　日から | | 1　特別障害者手当  2　障害児福祉手当　受給  3　経過措置福祉手当 | | |
| おむつの使用度　　　　1　常時　　　　2　夜間等時々 | | | | |
| 添付書類 | | ・領収書(品名・単価等が確認できるもの、レシートでも可)  ・口座振替依頼書 | | | | |