

第1号様式(第5条)

年 月 日

(申請先)東村山市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

東村山市要介護高齢者紙おむつ購入費助成金交付申請書

下記のように、東村山市要介護高齢者紙おむつ購入費助成金の交付を申請します。なお、支払いについては下記の口座に振込んでください。

記

使用者	住所	東村山市 町 丁目 番地										電話	
	フリガナ											生年	年 月 日
	氏名											月日	
	介護保険被保険者番号												
対象請求月	年 月分～		年 月分		金額		円						

※ 死亡等により同居親族が助成金の交付申請をする場合のみ記入

※同居親族	住所	東村山市 町 丁目 番地										電話	
	フリガナ											生年	年 月 日
	氏名											月日	
	使用者との続柄	父・母・夫・妻・子・孫・その他( )											

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合											本店 支店 出張所							
預金種別	普通預金	口座番号										金融機関コード				店舗コード			
フリガナ																			
口座名義人																			

注) 使用者本人の金融機関口座を記入してください。(死亡等により同居親族が助成金の交付申請をする場合は、同居親族の口座)

申請日以降助成金を受けるまでの期間に限り、要件審査に必要があるときは、住民票記載内容及び市町村民税の課税状況等について東村山市長が確認することに同意します。

(添付書類)紙おむつ使用を証明する領収書 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

市記入欄	要介護度		助成対象期間	
	在宅確認		助成金額	円