別　記

第１号様式（第４条）

高齢者及び障害者入院時おむつ代助成申請書

年　　月　　日

香取市長　　　　　　　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

 下記のとおり入院時おむつ代助成を受けたいので、香取市高齢者及び障害者入院時おむつ代

助成要綱第４条の規定により申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 |  | 申請者との続柄 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 内容助成月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 合計（　箇月） |
| おむつの費用 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 助成申請額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 振込口座 | 金　融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　本店信用（金庫・組合）農協　　　　　　　　　　支店 |
| 種目 | 普通（総合）・当座 | 口座番号 |  |
| 口　座名義人 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 入院前の状況 | １ねたきり高齢者　２認知症高齢者　３身体障害者４知的障害者　　　５精神障害者 |

香取市が保有する課税情報に関する情報について市が調査することに同意します。

申請者氏名

※　市記入欄

　　　　　　　　年度　市町村民税（　課税　・　非課税　）世帯