

(様式第1号)

東吾妻町要援護高齢者紙おむつ等給付金申請書

東吾妻町社会福祉協議会長 様

標記の給付を受けたく、下記のとおり申請いたします。

		申請日	令和	年	月	日
申請者	ふりがな 氏名	電話	— —			
	住所 (連絡先)	〒 — — — — —				
対象者	ふりがな 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	現住所	東吾妻町大字				
	対象条件 起算日	ねたきり状態等になった時期 (紙おむつを使い始めた時期、3か月以上経過)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月
	対象区分	<input type="checkbox"/> 要援護高齢者(概ね65歳以上) <input type="checkbox"/> 身体障がい者(<input type="checkbox"/> 障害者手帳1級相当、 <input type="checkbox"/> 障害者手帳2級相当) <input type="checkbox"/> 知的障がい者(療育手帳A相当) ※区分が重複する場合は、優先する区分にチェック✓してください。				
申請額	申請対象期間	令和	年度	<input type="checkbox"/> 4月～9月 <input type="checkbox"/> 10月～3月	領収書の合計金額①	
					円 × 0.9 =	給付金申請額②
						円
		※領収書の合計金額①が33,334円以上の場合、給付金申請額②は30,000円とご記入ください。				
振込先	金融機関名 及び支店名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		
	種類及び 口座番号	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座		※右づめで記入してください。		
	ふりがな 口座名義					

[注意事項等]

- ① 太線枠内の必要事項全てに記入又はチェック✓をしてください。
- ② 申請者は、本会からの問い合わせが可能な方としてください。
- ③ 申請できるのは領収書に限ります。レシートでは申請できません。
- ④ 本申請書に記載された個人情報、本会の個人情報保護規程に基づいて適切に取り扱います。

受 付