|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 粕屋町障がい(児)者紙おむつ等購入費助成金請求書  　　年　　　月　　　日  粕屋町長　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞  住所  氏名  (対象者との続柄)  電話  次のとおり障がい（児）者紙おむつ等購入費助成金を請求します。 | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住所 | | (電話　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | 登録番号 | | |  | |
| 請求対象月 | | | 年　　　月 | | | | | | | |
| 購入金額 | | | 円 | | | | | | | |
| 請求金額 | | | 円 | | | | | | | |
| （購入内訳）太枠内のみ記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 購入月 | | | | 購入金額 | | | | 助成額 | | |
| 年　　　　月 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| 年　　　　月 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| 年　　　　月 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| 年　　　　月 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| 年　　　　月 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| 年　　　　月 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| 総額 | | | | 円 | | | | 円 | | |
| ※購入した紙おむつ等の種類、個数及び金額が記載されている領収書等を添付してください。 | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行・信金  農協・信組 | | | | 支　店  出張所 | | | | | 普通  当座 |
| 口座  番号 |  | | | 口　座  名義人 | |  | | | |

様式第６号（第５条関係）