|  |
| --- |
| 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）