（様式１）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

芽室町社会福祉協議会

会　長　　　　　　　　　様

申請者（代理人）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

対象者との関係

紙おむつ等購入助成事業　助成金交付申請書

標記の件につきまして、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請いたします。

申　請　額　　　　　　　　　　　　　円

※　購入経費の２分の１（１００円未満切り捨て）とし、１か月当たり３，０００円

を限度とします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 氏　　名 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　　齢 | 歳 |
| 購入経費 | 月別内訳 | 月 | 円 | 月 | 円 |
| 月 | 円 |  |
| 合　　計 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込口座 | 金融機関 | 銀　行信　金農　協 | 支　店支　所 |
| 口座番号 | 普通　・　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  | （ふりがな） |

※　振込口座は、初回及び変更となった場合のみご記入ください。

※　「対象者を確認できる保険証等の写し（初回及び更新時のみ）」及び「紙おむつ等を購入した領収書」を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 適格要件の確　　　認（担当ケアマネジャーなど） | □　上記対象者は、要綱第２条に記載されている要件を全て満たしています。□　上記対象者は、下記の要件を満たしていません。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）事業所名担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |