

様式第3号(第7条関係)

介護用品助成請求書

年　　月　　日

身延町長　様

申請者　住所　身延町

(介護者)　電話　—　—

氏名　㊞

(要介護者との続柄　　)

月分

次のとおり介護用品の助成を請求します。

要介護者 氏名		M・T・S	年	月	日
助成申請額	金	円	(限度額	月	円)
介護用品 の種類	紙おむつ・尿取パット・使い捨て手袋・清拭剤・消臭剤 ドライシャンプー・防水シーツ				
振込先	銀行・農協 信用組合・信用金庫				
	普通 当座　No._____	アカウント 口座名義			

※ 月あたりの限度額(5,000円・7,500円)を超えた金額については、助成できません。

※ 領収書(買った物の名称等がわかるレシート等)を必ず添付してください。

(添付がない場合、助成できません。)