

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 ・ 防水シート	
振 込 先	銀 行 ・ 農 協 信用組合 ・ 信用金庫 支店	
	普通 当座 No. _____	フリガナ ----- 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、助成ができません。)