

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
利用者から見た続柄

佐倉市紙おむつ等購入助成申請書

紙おむつ等の購入に要する費用の助成を受けたいので、佐倉市紙おむつ等購入助成に関する規則第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

利用者 居住地	※実際に住んでいる場所を記載してください。 市外にお住まいの方や、入院中、介護保険施設に入所中の方は対象外です。		
フリガナ 氏 名	電話 番号		
生 年 月 日	年 月 日	年齢	歳
利 の 用 状 者 況	1 要介護高齢者	認定結果 要介護5・4・3	
	2 身体障害者(児)	手帳記載等級 1級 ・ 2級	
	3 知的障害者(児)	手帳記載判定 ㊤・㊤の1・㊤の2・Aの1・Aの2	
		受付者 確認欄	

上記のとおり居住地が佐倉市内であり、かつ、佐倉市に住民票があることに相違ありません。なお、助成決定に際し、必要のある場合には身体・精神状況等について、佐倉市長が公簿により確認することに同意します。

また、申請内容に変更があった場合は、速やかに市に報告します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ ㊤

(本人署名の場合は押印不要)

受 領 書

佐倉市紙おむつ等購入助成券	枚を受領しました。
年 月 日	助成券No. _____ ~ _____
	氏名 _____ ㊤

注 偽りその他不正の手段により助成券の交付を受け、又は助成券を利用したときは、その助成費用の全部又は一部を返還していただく場合があります。