

# 令和3年度用

様式第1号（第4条関係）

佐倉市紙おむつ等購入助成申請書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

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。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏名	⑩ (※本人署名の場合は押印不要)		
	住所	佐倉市		
	居住地	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> 住所と異なる 佐倉市 (※実際に居住している場所を記入してください。) (※市外に居住又は入院中若しくは介護保険施設入所中の方は対象外です。)		
	電話番号			
対象区分 (いずれかに○)	1 高齢者(65歳以上)	要介護5・要介護4・要介護3		
	2 身体障害者(児)	1級・2級		
	3 知的障害者(児)	㊤・㊤の1・㊤の2・Aの1・Aの2		

申請者	<input type="checkbox"/> 対象者本人（当欄記入不要） / <input type="checkbox"/> 対象者の家族（以下に記入）			
	フリガナ		対象者から見た続柄	
	氏名	⑩ (※本人署名の場合は押印不要)		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と異なる		
	電話番号			

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。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

(本人署名の場合は押印不要)

助成券の 交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送 → 送付先 ( 対象者居住地 ・ 申請者住所 )
	<input type="checkbox"/> 窓口 → 受領者 ( )

受付者確認欄 No. \_\_\_\_\_ /

担当：高齢者福祉課 生きがい支援班 (TEL:043-484-6243)