

令和7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	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	氏名								
	住所	佐倉市							
	居住地	☐ 住所と同じ							
		☐ 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 (該当する等級に○)	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(6歳以上)	1級		2級					
	3 知的障害者(6歳以上)	㊦	㊦の1	㊦の2	Aの1	Aの2			

申請者	☐ 対象者本人（当欄記入不要） / ☐ 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			
	住所	☐ 対象者と同じ ☐ 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 ㊦

助成券の 交付方法	☐ 郵送 → 送付先（ 対象者居住地 ・ 申請者住所 ）		
	☐ 窓口 → 受領者（ ）		
<table> <tr> <td>受付者確認欄</td> <td>No. /</td> </tr> </table>		受付者確認欄	No. /
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）

送付確認者：