

別記様式第1号（第4条関係）

在宅心身障害者（児）紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

草津市長 宛

申請者 住 所

氏 名

助成対象者との続柄（ ）

電話 — —

草津市在宅心身障害者（児）紙おむつ購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、紙おむつ購入費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

						年度	1回目	2回目
対 象 者	氏 名		性 別	男 女	生年 月 日	年	月	日
	住 所	草津市						
	手帳交付状況	身 体 障 害 者 手 帳 番 号	第	県 号	療 育 手 帳 番 号	第	県 号	
		等 級	級		障 害 の 程 度	A ・ B		
		交 付 年 月 日	年 月 日		交 付 年 月 日	年 月 日		
	障 害 名							
	在 宅 の 有 無	有 ・ 無	通 所 先					
紙おむつ購入費用	月 分		円		月 分		円	
	月 分		円		月 分		円	
	月 分		円		月 分		円	
	合 計				円			
助 成 申 請 額		円						
令和6年度助成済額		円						
振 込 希 望	名 称	支 店 名		口 座 番 号		名 義		
	金 融 機 関	銀行	店			ﾌｶｶﾞﾅ		
		農協						
※担 当 課 記 入 欄	紙 お む っ 使 用 調 査 ・ 確 認							
	確認日	年 月 日		確認者		印		

※ 添付書類 紙おむつ購入費用を証する領収書