

給付対象者は、在宅の者に相違ありません。  
(施設入所中又は入院中ではありません。)

第1号様式(第5条関係)

重度障害者紙おむつ購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

多治見市長

申請者 住所 多治見市 町 丁目 番地  
氏名  
電話番号 -

重度の障害により、常時排泄の介護を必要とするため、紙おむつ購入費助成金を申請します。なお、必要に応じ世帯の所得状況を課税台帳等により確認されることに同意します。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
手帳番号	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 県 第 号 ( 年 月 日交付)		
障害名		等級 又は 程度	級
購入月	月	購入金額	円
※自己負担		※助成金額	
世帯の種別	1 市民税非課税・生活保護 2 1以外の世帯		
振込先 口座	銀行 金庫 本店 信用組合 支店 農協	普通 当座	口座番号 (フリガナ) 口座名義人

- <注意> 1 申請者は、利用者が18歳未満の場合は保護者にしてください。  
2 ※印のある欄は記入しないでください。