

様式第 1 号（第 4 条関係）

おむつ等介護用品支給申請書

年 月 日

魚津市長 あて

申請者 住 所  
氏 名 印  
電話番号

下記のとおりおむつ等介護用品の支給を申請します。

対象者氏名	(明・大・昭 年 月 日生)	男 女	住 所	魚津市
支給理由	1 要介護 ( )		2 身体障害者手帳 ( 級)	
補助金額	1 住民税課税世帯		補助基準額の 7 割に相当する額	
	2 住民税非課税世帯		補助基準額の 9 割に相当する額	
支給方法 (どちらか希望 する方法を選ん でください。)	1 宅配方式 (希望する介護用品 1 ヶ月分を 業者から届けてもらう。)		2 直接購入方式 (直接店で介護用品を購入し、 後日補助請求をする。)	
介護用品の補助金は下記口座に振込んでください。※直接購入方式を選んだ場合に記入下さい。				
	銀 行 信用金庫 農 協	普通 当座	口座番号	
	支 店		フリガナ	
			口座名義	

補助対象品目

おむつ、尿取りパット、お尻拭き及び使い捨て手袋とします。

補助対象額

1 月あたり 8,000 円までが補助対象額です。