



伊賀市障がい者等介護用品購入費助成申請書



| | | | | | | |
|--|--|------|----------|--|-----------|--|
| フリガナ | | 手帳番号 | 身体・療育・精神 | | | |
| 認定対象者 氏名 | | | 第 | | 号 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | | |
| 住 所 | 〒 伊賀市 | | | | | |
| 在宅状況 | 在 宅 ・ 在宅でない () | | | | | |
| 申請対象月 | | | 購入金額 | | 購入日 | |
| 年 月分 ~ 年 月分 | | | 円 | | 年 月 日 | |
| 注意:この申請書の裏面に、領収書等を添付してください。 | | | | | | |
| 伊賀市長 宛 常時介護用品(紙おむつ、尿取りパット、紙パンツ、フラット)の使用が必要なので、上記のとおり関係書類を添えて介護用品の購入費の助成を申請します。また、認定対象者と申請者が異なる際は、続柄確認のための住民基本台帳の閲覧や関係機関への問い合わせに同意します。 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | 認定対象者との続柄 | |
| 申請者 氏名 | <input type="checkbox"/> 認定対象者と同じ | | | | | |
| 住 所 | <input type="checkbox"/> 認定対象者と同じ 伊賀市 | | | | | |
| 連絡先 | <日中連絡がとりやすいもの> | | | | | |

◎初回又は振込口座を変更する場合は①、振込口座が前回と同じ場合は②にご記入ください。

① 介護用品(紙おむつ等)の購入費助成金を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|--|--|-----------------|--|--|------------------------|------|--|--|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行 金庫 農協 | | | 本店 支店 出張所 | | | 種目 (番号に○) | 口座番号 | | | | | |
| | 金融機関コード | | | 店舗コード | | | 1普通預金 2当座預金 3その他 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | | | | | |

※ 認定対象者が18歳以上で、口座名義人が認定対象者と異なる際は同意が必要ですので、次に記名押印してください。

上記口座に振り込むことに同意します。 認定対象者氏名 _____ ㊟

② 前回と同じ口座に振り込んでください。