

記入見本

番号

東広島市紙おむつ購入助成券 (交付・再交付) 申請書兼受領書

窓口に来た人

平成29年 4月 1日

東広島市長様

申請者 住所 東広島市西条栄町8-29
 氏名 東広島 花子
 対象者との続柄 本人・その他 (妻)
 電話番号 (082) 422 - 2111

本人=申請者の場合、氏名・住所は「同上」でOK

紙おむつ購入助成券の (交付・再交付) を受けたいので、東広島市紙おむつ購入助成券交付事
 施要綱第5条の規定により、次 (裏面を含む。) のとおり申請します。

対象者	氏名	東広島 太郎			
	住所	東広島市 同上			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 35年 10月 10日			
	手帳	身体障害者手帳番号	東広島 県・市第 567号	障害の等級	①・2・3
		療育手帳番号	県 第 号	障害の程度	㉠・A・㉡
		保健福祉手帳番号	県 第 号	障害の等級	1・2
おむつが必要となった時期	23年 5月頃				
居住の状況	① 在宅 2 施設入所中 3 その他 ()				

初回のみ証明が必要

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

職種

氏名

印

※ 医師、保健師、訪問看護師、訪問介護員等の証明が必要です。

交付希望冊数	2 冊	
重度障害者医療費受給者証の交付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (番号 1234567)	受給者番号を記入
	<input type="checkbox"/> 無 注「無」の場合は、裏面にも記載してください。	
今年度の助成券の交付状況	<input type="checkbox"/> 受けている。(タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券) <input type="checkbox"/> 受けていない。	

委任状

私は申請者を代理人と定め、東広島市紙おむつ購入助成券の交付の申請及び受領に関する権限を

申請人が本人以外の場合は本人の氏名を記入押印

氏名 東広島 太郎

印

受領書

平成29年 4月 1日

東広島市長様

東広島市紙おむつ購入助成券を 2 冊受領しました。

受領者氏名 東広島 花子

- 注 1 該当するものを○で囲んでください。
 2 該当する項目の□欄にチェックをしてください。
 ※ この欄には記載しないでください。

重度障害者医療費受給者資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	今年度の助成券交付状況	<input type="checkbox"/> 受けている。(タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券) <input type="checkbox"/> 受けていない。
---------------	--	-------------	--

(裏)

	氏名	生年月日	住所
配偶者		明・大 昭・平 年 月 日	該当者があれば記入
扶養義務者	対象者との続柄	明・大 昭・平 年 月 日	

東広島市紙おむつ購入助成券の交付の決定について審査するため、東広島市が所得の状況、世帯の状況等について調査をすることに同意します。なお、このことについては、配偶者及び扶養義務者の同意を得ています。

重度障害者医療費受給者証の交付を受けていない方は本人の記名押印

氏名 

を受けている場合は、上記の欄の記載は不要です。子、孫その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、主として対して記載してください。

3 対象者、配偶者又は扶養義務者の所得額等が東広島市市県民税課税台帳等により確認できない場合は、所得額等を証明する書類を添付してください。

※ この欄には記載しないでください。

審査欄							
所得状況		対象者の所得状況		配偶者の所得状況		扶養義務者の所得状況	
扶養親族等控除							
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		(うち老人) (うち特扶人)	人	(うち老人)	人	(うち老人)	人
前年の所得額		円		円		円	
控除	雑損	円		円		円	
	医療費	円		円		円	
	社会保険料	円		円		円	
	小規模企業共済等掛金	円		円		円	
	配偶者特別控除	円		円		円	
	障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	円
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	円
	障害者・特別障害者・老年者・寡婦（夫）・寡婦（特例）・勤労学生の別	障・特障・老・寡（特）・勤	円	障・特障・老・勤	円	障・特障・老・寡（特）・勤	円
上記以外の控除対象所得額	円		円		円		
控除後の所得額		円		円		円	