

(表)

		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						
年 月 日						
東 広 島 市 長 様						
申請者 住 所 氏 名 対象者との続柄 本人・その他（ ） 電話番号（ ） —						
東広島市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業実施要綱第 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					
	住 所	東広島市				
	生年月日	年 月 日				
	手 帳	身体障害者手帳番号	県・市第	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		年 月頃			
	現在の身体の状況					
居 住 の 状 況		1 在宅 2 施設入所中 3 その他（ ）				
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 職 種 氏 名 ※ 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		冊				
重度障害者医療費受給者証の交付の有無		☐ 有 （番号 ） ☐ 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		☐ 受けている。（タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券） ☐ 受けていない。				

委 任 状		年 月 日
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委任します。		
氏名		

受 領 書		年 月 日
東広島市長 様		
東広島市紙おむつ購入助成券を 冊受領しました。		
受領者氏名		

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	☐ 有 ☐ 無	今年度の助成券交付状況	☐ 受けている。（タクシー乗車助成券・紙おむつ購入助成券） ☐ 受けていない。
---------------	--	-------------	--

(裏)

	氏 名	生年月日	住 所
配 偶 者		年 月 日	
扶 養 義 務 者		年 月 日	
	対象者との続柄		
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。			
氏名			

- 注 1 重度障害者医療費受給者証の交付を受けている場合は、上記の欄の記載は不要です。
- 2 「扶養義務者」の欄は、対象者の子、孫その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、主として対象者の生計を維持している人につい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	

主務課室 所長・参事	主務課室 所長補佐	主務係長	主務者