

様式第4号（第6条関係）

河南町居宅要介護高齢者紙おむつ給付金請求書

年 月 日

河 南 町 長 様

住所

申請者 氏名

(対象者との続柄 )

下記のとおり河南町居宅要介護高齢者紙おむつ給付金の領収書を添えて請求します。

記

1. 対 象 者

氏 名	
住 所	

2. 請 求 額

助成対象月	町助成額	入院・入所及び不在の期間
月～ 月分	円	/ ～ /
月～ 月分	円	/ ～ /
合 計	円	

\* 上半期は、4月～6月分、7月～9月分、下半期は、10月～12月分、1月～3月分として、助成対象月に記入ください

\* 3カ月の上限額は15,000円。ただし、支給対象月数が3カ月に満たない場合は、1カ月につき5,000円が上限

3. 振 込 先

振込金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_

普通・当座 \_\_\_\_\_ 口座番号 No. \_\_\_\_\_

フリガナ

振込口座名義 \_\_\_\_\_