

年 月 日

弥彦村長 様

住所
申請者 氏名
電話 ー

紙おむつ償還払い申請書

紙おむつの購入に伴う経費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	弥彦村		
購入に対する 助成申請額	月分		円	確定額（記入しないでください） 円
	1か月の 限度助成額	月分	円	円
	3,500円	合計	円	円
振込希望 金融機関	金融機関名		銀行 信用組合 農協 支店	
	種別		口座番号	
	口座名義人		フリガナ	
備考				

※ 添付書類 各月の紙おむつ等の領収書

(各月ごとにまとめて裏面に貼り付けてください)

※ 申請は年6回です。下記申請月の1～15日（土日祝日の場合はその翌日）までに役場住民福祉課に申請してください。

6月申請＝4、5月購入分 8月申請＝6、7月購入分
10月申請＝8、9月購入分 12月申請＝10、11月購入分
2月申請＝12、1月購入分 4月申請＝2、3月購入分

紙おむつ等領収書添付箇所

月ごとに分けて貼り付けてください。

月 分	
月 分	