

第3号様式（第8条第1項）

浦安市障がい者等おむつ購入費等交付申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

住 所
氏 名
電 話 番 号

おむつ購入費等の交付を受けたいので、浦安市障がい者等紙おむつ・おむつ購入費等給付事業の実施に関する規則第8条第1項の規定により、次のとおり申請します。

交付申請額	月分		円					
	うち おむつ代	円	関連消耗品			円		
購入費等の 内 容	<input type="checkbox"/> 領収書等の内訳のとおり							
	<input type="checkbox"/> 領収書等で内訳が記載されていない場合（領収書等の内訳） ※ 裏面「おむつ購入費内訳表」を記載してください。							
希望する支 払 方 法	金 融 機 関 名							
	口 座 番 号	普通 当座 貯蓄						
	ふりが な							
	口 座 名 義							
<input type="checkbox"/> おむつ購入費の振込口座の名義人が受給者と異なる場合は口座の名義人に助成金の受け取りを委任します。								

添付書類

おむつ購入費等を支払ったことを証する書類

【窓口提出の場合】 窓口に来た方の情報 をご記入ください。	住 所			
	氏 名		続 柄	
	電話番号	()		

別 紙

おむつ購入費等内訳表 (年 月分)

おむつ等の種類	おむつ・パット	おむつ代の領収日・支払日 又は 入院の場合は使用した期間	金額 (円)
			円
	関連消耗品	おむつ代の領収日・支払日 又は 入院の場合は使用した期間	金額 (円)
			円
	おむつ・パット 及び関連消耗品 の合計額		

※ 重度の方（身体障害者手帳 1・2 級、療育手帳㊤、A の 1、A の 2、精神障害者保健福祉手帳 1 級）は月額上限額を 12,000 円。

中軽度の方（身体障害者手帳 3～6 級、療育手帳 B の 1、B の 2、精神障害者保健福祉手帳 2・3 級）は、6,000 円。ただし、入院の場合は 12,000 円。

※ 関連消耗品の助成数量について

重度の方：4,800 円まで

中軽度の方：2,400 円まで