様式第１号（第３条関係）

佐伯市介護保険特別給付おむつ購入費支給申請書兼請求書

年　　月　　日

　佐伯市長　　　　　　　様

申請者　　　住所

（被保険者）　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号

　佐伯市介護保険特別給付おむつ購入費の支給を受けたいので、佐伯市介護保険特別給付おむつ購入費支給規則第３条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

１　おむつ購入費の申請・請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

※　各年度につき36,000円を限度とし、支払金額の合計に100分の90を乗じて得た額（その額に１円未満の端数がある場合は、その端数を切り捨てた額）になります。

２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 店名 |  |
| 口座番号 |  | 種別 | 普通・当座・その他（　　　） |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

３　添付書類

　（１）　領収書その他の支払が確認できる書類の原本（明細等商品名が分かるもの）

　（２）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

（欄外）**【　届出人　】　※申請者と提出者が異なる場合はご記入をお願いします**。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | * 申請者と同じ |  | |
| 氏名 |  | | 申請者との関係 |
| 電話番号 |  | | （　　　　　　　） |

**【　担当課確認欄　】　※市記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給対象額 | 同年度支給済額 | 支給決定額 |
| 円 | 円 | 円 |