

記入例

おむつ代助成金請求書

杉並区長 宛

利用者氏名、住所、電話番号を
ご記入ください。

年 月 日

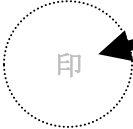
下記のおむつ代助成金を請求いたします。

(利用者)

住 所 杉並区阿佐谷南1-15-1 電話 3312-2111

(フリガナ)

氏 名 杉並 なみすけ



印鑑は、認印など朱肉を使用
するものを押してください。
※シャチハタ不可

●利用者が亡くなられた場合に、ご記入ください。

(請求者)

住 所 _____ 電話 _____

(フリガナ)

氏 名 _____ 利用者との関係 _____

記入例の金額は、課税
世帯の方の場合です。

請求額 16,184円

生活保護世帯・
非課税世帯の方
の場合17,982円
が請求額です。

内 訳

| 入院月 | おむつ代として支払った金額 | 請求額 |
|-------|---------------|--------|
| ○年4月分 | 15,000円 | 6,300円 |
| ○年5月分 | 15,000円 | 6,300円 |
| ○年6月分 | 3,000円 | 2,700円 |
| ○年7月分 | 982円 | 884円 |
| 年 月分 | 円 | 円 |

| 請求額 |
|--------|
| 7,000円 |
| 7,000円 |
| 3,000円 |
| 982円 |

【支払ったおむつ代が月額7,000円を超える場合】
 ★課税世帯の方は、請求額を6,300円とご記入ください。
 ★生活保護受給中・非課税世帯の方は、上限額7,000円とご記入ください。

【支払ったおむつ代が月額7,000円以内の場合】
 ★課税世帯の方は請求額を実際に支払った金額から1割負担分を差し引いた額をご記入ください。
 ★生活保護受給中・非課税世帯の方は、支払った額をご記入ください。

年 月分 _____ 円 _____ 円

※訂正は、箇所ごとに訂正印(請求印と同じもの)を押してください。

ご注意ください

- 【添付書類】**
- 病院の領収書原本(コピー不可) … 「氏名・おむつ代・金額・使用期間」が明記されて領収印があるもの
 - 病院内売店・病院指定業者等の領収書原本(コピー不可) … 「氏名・おむつ代・金額・購入日」が明記されて領収印があるもの、及び入院期間が確認できるもの(病院の領収書など)
 - 利用者が亡くなられた場合…利用者との続柄がわかるもの(戸籍謄本の写しなど)