

記入例

認定番号 ○○○○○

おむつ代助成金請求書

杉並区長 宛

令和○ 年 ○○ 月 ○○ 日

下記のおむつ代助成金を請求いたします。

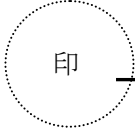
(利用者)

住 所 杉並区阿佐谷南1-15-1

電話 3312-2111

(フリガナ) スギナミ ナミスケ

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・押印ください。

(請求者)

住 所

電話

(フリガナ)

氏 名



利用者との関係

請求額 10,782 円

内 訳

(例) 課税世帯の場合

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	
○年 5月分	4,000	
○年 6月分	980	
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		
年 月分		

請求額は課税状況により異なります。
(例の場合)

	請求額	
	課税世帯	非課税世帯 生活保護受給の方
4月	6,300円	7,000円
5月	3,600円	4,000円
6月	882円	980円

【参考】請求額早見表

世帯区分	助成される金額	
	おむつ代が7,000円以上	おむつ代が7,000円未満
区民税課税世帯	6,300円	おむつ代-1割負担分 (例: 4,000円-400円)
区民税非課税世帯 生活保護受給の方	7,000円	支払額の全額

上記表を参考に、計算した金額をご記入ください。