

様式第1号（第4条関係）

令和6年度鹿嶋市障がい者（児）紙おむつ等購入費支給申請書

（ 年 6 ・ 9 ・ 1 2 ・ 3 月 ）

フリガナ		障害者手帳番号	第	号
氏名				
生年月日	年 月 日	手帳交付年月日	年 月 日	
障がい名		等級	種	級
住所				
支払金額		購入に要した費用 (A)	基準額 (B)	(A) (B)のうち少ない額
	月分	円	4,000円	円
	月分	円	4,000円	円
	月分	円	4,000円	円
			合計	円
鹿嶋市長 様				
<p>上記のとおり、令和6年度鹿嶋市障がい者（児）紙おむつ等購入費支給事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>(本人又は保護者) 氏名 電話番号 ( )</p>				

注意 この申請書の裏面に該当月分の領収書を添付してください。

上記の給付費を振り込むため、下記の口座振替依頼欄を御記入ください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫	本店 支店 出張所	種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

注意 申請者（本人又は保護者）の口座を御記入ください。