

様式第1号（第4条関係）

令和8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・12・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 上記のとおり、令和8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。 申請するにあたり、障がい福祉課が鹿嶋市障がい者（児）紙おむつ等購入費支給交付申請に必要な自身の市税等の納税状況等の情報を調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 (本人又は保護者) 氏名 電話番号 ()				

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	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	信用金庫		1 普通預金	
	農協		2 当座預金	
	信用組合		3 その他	
	労働金庫			
	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。