

様式第1（第5条関係）

鹿児島市紙おむつ等購入費助成金受給資格認定申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市紙おむつ等購入費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、助成金の受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、助成金の決定に関して課税資料を閲覧することに同意します。

申請者	住所	鹿児島市		丁目	番 号
				町	番地
	氏 名	(署名又は記名押印)			
	対象者との続柄	対象者本人・扶養義務者・同居の親族			
	電 話 番 号				
対象者	住所	鹿児島市		丁目	番 号
				町	番地
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年 齢 歳
	身体障害者・療育手帳番号	県・市 第 号			
	身体状況	日常生活に他人の介護を要する重度心身障害者又は重度心身障害児で、次の各号のいずれかに該当するものである。 1 身体障害者手帳（肢体不自由）（1級・2級）所持者 2 療育手帳（A1・A2・A）所持者			
	在宅・入院の別	1 在宅	2 入院(病院名 )		
おむつの種類	1 紙おむつ	2 紙おむつと同様の機能を有する物品			
世帯構成	氏 名	続 柄	年 齢	生計中心者	備 考

- 注 1 生計中心者に○印をしてください。  
 2 世帯構成の欄には、対象者以外の方について記入してください。  
 3 市民税県民税課税額証明書等生計中心者の市町村民税が非課税であることを証明する書類)を添付してください。