

第1号様式（第3条関係）

障害児・者紙おむつ等購入費助成申請書(新規・再申請)

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所
氏 名
(対象者から見た関係)
電話番号

次により、障害児・者紙おむつ等購入費の助成を申請します。

なお、助成認定審査のため、貴職が私の世帯の課税状況及び対象者の心身状況を調査し、資格喪失までの間、確認することに同意します。

対象者	住 所	〒 阿賀野市			電話 番号	
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
備 考						
世帯の状況 (本人を含む)	氏 名	年 齢	対象者から 見た関係	市民税課税状況(担当課記入)		
			対象者本人	均等割税額		
				円		
				円		
				円		
				円		
				円		
				円		
				円		
				円		
※審査結果 (担当課記入)		年 月 日認定・不認定 (年 月分より助成)				

助成券送付先(上記住所と異なる場合記入)

〒：
住所：
氏名：