

様式第1号（第5条関係）

豊富町乳児紙おむつ等購入助成交付申請書

年 月 日

豊富町長 様

（申請者） 住 所 豊富町字

氏 名

乳児との続柄

電話番号 ()

紙おむつ等購入費用の助成を受けたいので、豊富町乳児紙おむつ等購入助成事業要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 対象乳児

フリガナ		性別	男 ・ 女
乳児氏名			
生年月日	令和 年 月 日		

2 申請金額（1か月の助成限度額は5,000円となります。）

年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
年 月分	円	年 月分	円
合 計			円

※添付書類：紙おむつ等購入費の領収書又は購入したものを証する書類

豊富町記入欄

領収書確認欄	有・無
紙おむつ等購入助成事業対象の有無	有・無
備 考	