

島本町在宅障害者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

島 本 町 長 様

申請者（介護者）

住 所	島本町
氏 名	
対象者との続柄（ ）	
電 話	

島本町在宅障害者等紙おむつ給付事業要綱に基づき、下記のとおり申請します。
また、受給資格の確認のため、世帯状況、所得状況等について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

記

給付を希望する期間 (最大で6か月まで可、ただし、同一年度内)		年 月 分 ～ 年 月 分			
対 象 者	ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	氏 名				
障 害 の 状 況		☐ 身体障害者手帳（ 級）			
		☐ 療育手帳（判定：A・B 1・B 2）			
		☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級）			
		☐ その他（ ）			
世 帯 の 状 況	氏 名	生 年 月 日	続 柄	備 考	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。