

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		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級）			
		<input type="checkbox"/> 療育手帳（判定：A・B1・B2）			
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級）			
		<input type="checkbox"/> 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。