

島本町在宅高齢者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 (自署)

対象者との続柄 ( )

電話

島本町在宅高齢者紙おむつ給付事業要綱第3条の規定に基づき、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 (最長で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							
要介護認定		要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ※いずれかに○をつけてください。 認定の有効期間 ( 年 月 日 ～ 年 月 日)						
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		