

年 月 日

渋川市紙おむつ給付申請書

申請者 (対象者)	ふりがな							介護保険 被保険者番号								
	氏名							性別	男 女							
親族 状況	住所	〒 ー 渋川市						生年 月日	年 月 日							
		電話														
親族 状況	住所					氏名 (主介護者に○)			続柄							
身体 状況	<p>該当するものに○をつけてください。</p> <p><u>要介護者 (65歳以上)</u></p> <p>要介護 3 (認知症高齢者) ・ 4 ・ 5</p> <p><u>障害者手帳所持</u></p> <p>身障 (3歳以上65歳未満)</p> <p>下肢障害 1級 ・ 2級</p> <p>体幹障害 1級 ・ 2級</p> <p>上記の重複障害 1級 ・ 2級</p> <p>療育 (3歳以上18歳未満) A1 ・ A2 ・ A3</p>															
希望事業所																
配達 先	住所	渋川市														
	世帯主氏名							電話番号								
<p>上記のとおり渋川市紙おむつ給付事業について申請をします。</p> <p>なお、申請にあたり必要な渋川市における住民基本台帳、外国人登録、所得、公租公課、介護保険、生活保護及び心身障害の状況調査について委任します。</p> <p>また、対象者の状況に応じた適切な紙おむつの給付を受けるため、この申請に係る情報を実施事業者その他関係者に、必要な範囲内で提示することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 渋川市 (対象者) 氏名</p> <p>渋川市長 様</p>																