

澁川市紙おむつ給付申請書

申請者 (対象者)	フリガナ											
	氏名	介護保険 被保険者番号										
	住所	〒 ー 澁川市					生年 月日	年 月 日				
	電話番号											
親族 状況	住所	氏名(主介護者に○)			続柄	電話番号						
身体 状況	該当するものに○をつけてください。											
	<p><u>要介護者(65歳以上)</u> 要介護 3(認知症高齢者) ・ 4 ・ 5</p> <p><u>障害者手帳所持</u> 身障(3歳以上65歳未満) 下肢障害 1級 ・ 2級 体幹障害 1級 ・ 2級 上記の重複障害 1級 ・ 2級 療育(3歳以上18歳未満) A1 ・ A2 ・ A3</p>											
希望事業所												
配達 先	住所	澁川市										
	世帯主氏名				続柄				電話番号			
<p>上記のとおり澁川市紙おむつ給付事業について申請をします。 なお、申請にあたり必要な澁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。 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 澁川市 (対象者) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">(代理人) 住 所 氏 名 (続柄) 電話番号</p>												
澁川市長 様												