

在宅ねたきり老人等紙おむつ券給付申請書

平成 年 月 日

小山市社会福祉協議会長 様

申請者 住所

氏名 印(続柄)

電話 ()

次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生年月日 年齢	明・大・昭 年 月 日 歳		
	氏名					
	住所			性別	男・女	

資格区分	該当する項目番号を○で囲んでください。 1. ねたきり老人 2. 認知症(痴呆) 3. その他(在宅介護の理由)					
------	---	--	--	--	--	--

おむつ券の郵送先	郵送氏名		連絡先	
	郵送住所			

世帯員状況	氏名	続柄	生年月日	性別	備考
			大 昭 平 . .	男・女	
			大 昭 平 . .	男・女	
			昭 平 . .	男・女	
			昭 平 . .	男・女	
			昭 平 . .	男・女	
			昭 平 . .	男・女	
			昭 平 . .	男・女	
			昭 平 . .	男・女	

※添付書類として課税状況調査の承諾書を添付していただきます。添付していない申請は、課税世帯として取り扱います。

担当民生委員		
氏名		印
電話	()	

受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	事務局長	係長	係員	地域包括ケア推進課
決定内容 <input type="checkbox"/> 決定する <input type="checkbox"/> 却下する						担当者
給付枚数	枚	非課税	課税			介護度