

在宅ねたきり老人等紙おむつ券給付申請書

令和 年 月 日

小山市社会福祉協議会会長 様

申請者	住所			
	氏名	Ⓜ (続柄)		
	電話	()		

下記の通り申請します。

対象者	ふりがな			生年月日 年齢	明・大・昭 年 月 日 歳		
	氏名						
	住所	〒 -	小山市		性別	男・女	
対象者区分	*該当する箇所に○を付けてください。(次の1・2のいずれかに該当する方が対象です)						
	1. 要介護認定者 (要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5)						
2. 障害者手帳所持 (身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳)							
郵送先	氏名				連絡先		
	住所	〒 -					
世帯員状況	*対象者の方と同一世帯員の方をご記入ください。						
	氏名	続柄	生年月日		性別	備考	
			大 昭 平 令 . . .		男・女		
			大 昭 平 令 . . .		男・女		
			大 昭 平 令 . . .		男・女		
			大 昭 平 令 . . .		男・女		
※添付書類として課税状況及び要介護度等調査承諾書(様式第2号)を添付してください。 ※障害者手帳所持の方は顔写真、障害等級が分かる部分の写しを添付してください。					担当民生委員記入欄		
					氏名		
					電話	()	

(社会福祉協議会使用欄) 下記の通り、給付を決定します。					(高齢生きがい課・福祉課使用欄)	
給付決定	給付枚数	事務局長	係長	係	担当者 :	
可・否	枚				保険料区分 :	
					課税状況 : 課税・非課税	
発送日	令和 年 月 日	受理番号			要介護度 :	
					ストマ装具 : 有 ・ 無	