

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	明大昭	年 月 日	
	氏名							
	年齢	歳	性別	男・女	自治会名	※不明な場合や加入していない場合は空欄で可		
	住所	〒	—		小山市			
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)							
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		
郵送先	※記入がない場合は、対象者宛に紙おむつ券を郵送いたします。郵送先を指定したい場合はご記入ください。							
	氏名	(続柄)			連絡先			
	住所	〒	—					
注意	※添付書類として様式第2号「在宅ねたきり老人等紙おむつ券給付事業の申請に関する承諾書」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。							

(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	