

在宅ねたきり老人等紙おむつ券給付申請書

令和 4 年 月 日

小山市社会福祉協議会会長 様

申請者	住所	小山市神鳥谷931番地3			■申請者は、下記のいずれかとなります。 ・同居で介護されているご家族 ・別居で介護されているご家族 ※対象の方が独居で介護されているご家族が いらっしゃらない場合は、対象者と申請者 が同一でも申請可能です。
	氏名	社協	花子	社協印 (続柄) 妻	
	電話	0285	(22)	9501	

* 押印必須 *

下記の通り申請します。

対象者	ふりがな	しゃきょう たろう			生年月日	明大昭	〇〇年 ××月 △△日
	氏名	社協 太郎					
	年齢	×× 歳	性別	男・女	自治会名	〇〇自治会	
	住所	〒323-0827	小山市神鳥谷931番地3				

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
	社協 花子	妻	大昭平令 〇・〇〇・〇〇			男・女	
	社協 一太郎	息子	大昭平令 〇・〇〇・〇〇			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	