

様式第1号（第4条関係）

豊能町ねたきり老人等紙おむつ給付申請書

平成 年 月 日

豊能町長様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印
電話 _____

下記により紙おむつの給付を申請します。

対象者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 歳	
	住所	電話			
	要介護度	要介護4 ・ 要介護5			
家族状況	氏名	年齢	続柄	職業	備考

【証明欄】

どちらか一方に○をつけて、署名・捺印をお願い致します。

担当地区民生委員名 または 担当ケアマネジャー名（事業所名）	印 ()
--------------------------------------	----------

【同意欄】

私は、豊能町ねたきり老人等紙おむつ給付事業につきまして、貴町がその利用を決定するために、私の世帯及び生計中心者の所得を調査することに同意します。

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ 印