

様式第1号（第4条関係）

紙おむつ支給申請書

申請日 令和 年 月 日

社会福祉法人 城里町社会福祉協議会長 殿

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

住所 \_\_\_\_\_

(利用者との関係) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

紙おむつの支給を受けたいので、紙おむつ支給事業実施要綱第4条の規定により申請します。

利用者	氏名		性別	男・女
	住所	城里町	電話番号	( )
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生		( 歳)
	該当区分	要介護3 要介護4 要介護5 身障1級 療育A 療育㊞		
	課税状況	課税 非課税		
支給品目 いずれかの1種類のみ選択して下さい		○を付けて下さい	紙おむつサイズ	
テープ止めタイプ			S・M・L・LL	
はくパンツタイプ			S・M～L・L～LL	
フラットタイプ			-	
おしりふき			-	
尿取りパット			-	
備考				

注1 利用者は介護保険該当者で、要介護区分が要介護3・4・5、障害者手帳1級、療育手帳A 所有の方のみとする。また非課税世帯の方は、上記の該当区分以外でも申請可能とする。

注2 申請書提出時には、介護保険証、障害者手帳・療育手帳のコピーを添付すること。

(同意事項)

支給の可否決定の為、城里町役場税務課にて町民税非課税であることの確認をすることに同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞