

(様式第1号)

紙おむつ支給の申請書

令和 年 月 日

潟上市社会福祉協議会

会長 伊藤 義弘 様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号 —

対象者との続柄

紙おむつの支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者住所		町 内	
対象者氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(満 歳)
電話番号	—		
対象者の状況	<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者		
	<input type="checkbox"/> その他 (在宅介護理由)		
	<input type="checkbox"/> 要介護度 3 ・ 4 ・ 5 (認定有効期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 特別障害・障害児 (等級 級)		
<input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプ	・メーカー		
	・サイズ		
<input type="checkbox"/> 紙おむつパンツタイプ	・メーカー		
	・サイズ		
<input type="checkbox"/> 紙おむつフラットタイプ	・メーカー		
	・サイズ		

(注) ・必要事項をすべて記入し、あてはまるところに☑をして下さい。

(注) ・申請後の変更はできかねますので予めご了承ください。

※ 提出者名の記入をお願いします。

民生児童委員

事業所名

氏 名

氏 名