

平成29年度 障がい者等紙おむつ給付申込書

平成 年 月 日

住所	門真市		電話番号	() -	
ふりがな			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	
氏名				(歳)	
主たる介護者名			対象者との関係		
手帳の有無	身体障がい者手帳	療育手帳	精神障がい者保健福祉手帳	特定医療費(指定難病)受給者証	※確認欄には記載しないで下さい
	(級)	()	(級)	()	手帳の有無 確認欄 適・否
所得の状況	非課税世帯 ・ その他 ()				所得状況 確認欄 適・否
現在のおむつの使用状況	常時使用 ・ その他 ()				
種類と枚数	フラットタイプ	マジック方式 (テープ止めタイプ)	はくパンツ	パットタイプ	
	昼用(150枚)	S(44枚)	S(44枚)	大(240枚)	
		M(40枚)	M~L(36枚)		
	夜用(60枚)	L~LL(34枚)	LL(32枚)	小(270枚)	
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 所属・事業所名 _____ 氏名(職名) _____ () 印 連絡先電話番号 _____ () - _____					
社会福祉法人門真市社会福祉協議会 会長様 社会福祉法人 門真市社会福祉協議会 障がい者等紙おむつ給付要綱第3条の規程に基づき 申し込みます。 なお、本要綱第2条(対象者)の適否について行政担当課に照会を求めることに同意します。 平成 年 月 日 申請者(ご本人) { 住所 門真市 _____ 氏名 _____ 印 電話 _____					
備考(受け取り可能日・時間、注意事項など)					

※1 尚、申請に虚偽があった際は、当該サービスに要した費用の返還を求めます。

※2 尚、年度末の申請については3月16日までの申請分を今年度分として受付させていただきます
 全体番号() 校区名() 校区番号()