

様式第 1 号（第 4 条関係）

益子町社会福祉協議会 紙おむつ支給券交付申請書

年 月 日

社会福祉法人 益子町社会福祉協議会
会 長 日下田 欣一 様

申請者 住 所 益子町
氏 名 印
(対象者との関係)
(連絡先)

社会福祉法人益子町社会福祉協議会の紙おむつ支給サービス事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

紙おむつ支給サービス事業申請に伴い、事業対象者の範囲及び支給基準等の判断に必要な情報を町に照会し確認することを同意いたします。

また、対象者本人は常時紙おむつを使用していることを確約します。

ふりがな 対象者氏名		性 別	男 ・ 女
対象者住所	益子町	電話番号	
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)		
要介護度	要介護度 3 ・ 4 ・ 5		
身体障害者手帳	級 障害種別 ()		
決定通知送付先	対象者 ・ 申請者		

※以下は記入しないでください。

受付日	許可 ・ 不許可	承認番号 0 0 7 -
-----	----------	--------------