　別　記

様式第１号（第５条関係）

　在宅重度心身障害者等紙おむつ給付申請書

　　年　　月　　日

（あて先）白子町社会福祉協議会長

紙おむつ等の給付を受けたいので、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対    象  者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年 月 日  （ 歳） |
| 氏 　名 |  |
| 住　 所 | 白子町 | | |
| 連 絡 先 | 電 話 番 号 | －　　　　 　－ | |
| 携帯電話など平日・日中の連絡先 | －　　　　 　－ | |
| 障害程度 | 身体障害者手帳 | １級 ・ ２級 | |
| 療 育 手 帳 | ・ の１・の２・Ａの１・Ａの２ | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | １級 | |
| 難病の  患　者 | 特定医療費（指定難病）  受　給　者　証 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 各種手帳・受給者証の原本を添付してください。 | | | |
|  |  | | | |
| 記  入  者 | □対象者が記入（以下記入不要） □親族等による記入（以下に記入） | | | |
| フリガナ |  | 対 象 者  との関係 | 対象者から見て |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | □対象者住所と同じ（記入不要） □対象者住所と異なる（以下に記入） | | |
| 連 絡 先 | 電　話　番　号 | －　　　　 　－ | |
| 携帯電話など平日・日中の連絡先 | － 　　　　　－ | |

対象者本人は、失禁状態にあり、常におむつの利用が必要な状態にあることを誓約します。

対　　象　　者　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 　（※）

配偶者または扶養義務者　 氏　名　　　　　　　　　　 　　　　　（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。