

様式第1号（第3条）

年度 寝たきり老人等紙おむつ支給申請書

年 月 日

社会福祉法人  
栄町社会福祉協議会長 様

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）  
電話番号 \_\_\_\_\_

紙おむつの支給を次のとおり申請します。

受給者の住所及び電話番号	住 所 電話番号				
受給者の氏名及び性別	氏 名 男 ・ 女				
受給者の生年月日	年 月 日				
介護認定・障害等の状況	※適用法令を○で囲み、状況を確認できる書類を添付してください。 介護保険法 身体障害者福祉法 児童福祉法 知的障害者福祉法				
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	性別	備考