

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 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |