年　　月　　日

大台町長　あて

申請者　住所　　大台町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

**紙 オ ム ツ 給 付 申 請 書**

大台町高齢者等紙オムツ給付事業実施要綱第５条の規定により、紙オムツ給付の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 住　所 | 大台町 | | | | | |
| 利用者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 生年月日 | |
| 氏　名 |  | | | | 年　　月　　日生 | |
| 介護認定  障害区分 | 要介護１・２・３・４・５  区分　２・３・４・５・６ | | 認定  有効期間 | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | |
| 現在の状況 | １　在宅  ２　入院、短期入所(ショートステイ)中  (1)病院・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  (2)期間　　　　（　　　　　　　　から　　　　　　　まで） | | | | | |
| 世 帯 員 | | 氏　名 | 続柄 | | 生年月日 | | 備　考 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 購入予定店 | |  | | | | | |
| 課税状況等の確認調査の同意書 | | オムツ券給付の決定に係る審査のため、私及び私の属する世帯員の課税状況等について、貴職が調査及び確認することに同意します。  　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

受付処理欄