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