

年 月 日

大台町長 あて

申請者 住所 大台町
氏名 _____ (印)
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	フリガナ			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 _____ (印)			

受付処理欄