紙おむつ等支給事業受給対象者認定申請書

対象者 氏　名		生年月日	年　　月　　日	満 歳　　月
住　所	いちき串木野市　　電話番号　　－			

世帯の状況	氏　　名	対象者との続柄	生年月日	職　　業	備　考

対象区分	□　要介護（３・４・５）　□要介護２で認知症 □身体障害者手帳（１級・２級）　□療育手帳 □　その他（　　）
受給申請理由	
民生委員等の確認欄	職名　　氏　名

上記のとおり紙おむつの受給を申請します。

年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者

（ふりがな）

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者との続柄＿＿＿＿＿＿

いちき串木野市長　様

私は、紙おむつ等支給事業の申請にあたり課税状況を閲覧されることに同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿