

紙おもつ等購入助成申請書

次のとおり紙おむつ等購入助成の交付を受けたいので申請いたします。

| | | | | | | |
|-----|------------------|----------------------|----|-----|---------|--------------------------|
| 対象者 | 氏 名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| | 住 所 | 中札内村 | | | | |
| | 介護度等 | 要介護 3 ・ 4 ・ 5 | | | | |
| | 身体障害者 手 帳 | 等級： 種 級 内容： | | | | |
| | おむつ使用 開 始 時 期 | 時期： 年 月 日（頃から） 原因 | | | | |
| 介護者 | 氏 名 | | 続柄 | | 連 絡 先 等 | |
| | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

中札内村社会福祉協議会長 様

年 月 日

介護者 住所

氏名

EP

(電話番号)