

島本町在宅年長者紙おむつ給付申請書

年 月 日

島本町長様

申請者（介護者）

住 所 島本町

氏 名 ㊟

対象者との続柄（ ）

電 話

島本町在宅年長者紙おむつ給付事業要綱第3条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

また、受給資格の確認のため、世帯状況、所得状況等について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

記

給付を希望する期間 (最長で6か月まで可、ただし、同一年度内)		年 月分～ 年 月分			
対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名				
要介護認定		要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） ※いずれかに○をつけてください。 認定の有効期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)			
世帯の状況	氏 名	生 年 月 日	続 柄	備 考	
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。