様式第1号（第3条関係）

令和5年度　障がい者等紙おむつ給付申込書

令和　　年　　月　　日

住所	門真市	電話番号	（　　）　　－
ふりがな		生年月日	明治　大正　昭和　　年　　月　　日
氏　名			（　　歳）
主たる介護者名		対象者との関係	

手帳の有無	身体障がい者手帳	療育手帳	精神障がい者保健福祉手帳	特定医療費（指定難病）受給者証	※確認欄には記載しないで下さい	
	（　　級）	（　　）	（　　級）	（　　）	手帳の有無確認欄	適 ・ 否
所得の状況	非課税世帯　・　その他　（　　）				所得状況確認欄	適 ・ 否
現在のおむつの使用状況	常時使用　・　その他　（　　）					

種類と枚数	フラットタイプ	マジック方式（テープ止めタイプ）	はくパンツ	パットタイプ
	昼用(150枚)	S(44枚)	S(44枚)	大(240枚)
			M(40枚)	
		M(40枚)	L(36枚)	
	夜用(60枚)			小(210枚)
		L～LL(34枚)	LL(32枚)	

＊上記全種類の中からひとつを〇で囲んで下さい。

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

所属・事業所名

氏　名（職名）　　（　　）　㊞

連絡先電話番号　　（　　）　　－

社会福祉法人門真市社会福祉協議会　会　長　様

社会福祉法人 門真市社会福祉協議会　障がい者等紙おむつ給付要綱第3条の規程に基づき申し込みます。なお、本要綱第2条（対象者）の非課税か適否について門真市役所課税課に照会を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者（ご本人）

住所　門真市

氏名　　㊞

電話

備考（受け取り可能日・時間、注意事項など）

※1　尚、申請に虚偽があった際は、当該サービスに要した費用の返還を求めます。

※2　尚、年度末の申請については<u>3月15日までの申請分</u>を今年度分として受付させていただきま

全体番号（　　）　校区名（　　）　校区番号（　　）