

令和7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	() ー	
ふりがな			生年月日	大正 昭和 平成 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(24枚)	S(24枚)		S(28枚)	大(48枚)
		M(23枚)		M(26枚)	
	夜用(30枚)	L(20枚)		L(24枚)	小(144枚)
		LL(20枚)		LL(22枚)	
	* 上記全種類の中からひとつを○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) () 印 連絡先電話番号 () ー					
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 印 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3月20日までの申請分を今年度分として受付させていただきます
全体番号() 校区名() 校区番号()