

様式第1号(第4条関係)

横瀬町紙おむつ給付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者住所

氏名

(対象者との続柄 )

電話

下記により紙おむつの給付を受けたいので申請します。

対象者欄	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名				性別	男 ・ 女
	身体障害者手帳	無	有	第	号	1 ・ 2 ・ 3 級
	療育手帳	無	有	埼玉県第	号	Ⓐ ・ A
	介護保険認定状況	無	有	認定区分		
				認定年月日	年 月 日	
				認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
町民税の課税状況	非課税 ・ 課税 ( 年分)					

同意書

私は、紙おむつの給付決定にあたり、住民基本台帳、課税状況及び要介護認定等の確認をすることに同意します。

(対象者本人)氏名

Ⓜ

□町確認欄

身体障害者手帳	有・無	1級・2級・3級	療育手帳	有・無	Ⓐ ・ A
介護保険認定状況	有・無 認定調査票	認定区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
		排尿	介助されていない・見守り等		一部介助 ・ 全介助
		排便	介助されていない・見守り等		一部介助 ・ 全介助
町民税の課税状況	非課税 ・ 課税 ( 年分)				