

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 印

(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
	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
要介護認定	無	有	認定区分	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5	
			認定年月日	年 月 日	
			認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	備考	
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		

【要介護認定されている方の同意欄】

紙おむつの給付決定にあたり、介護保険の認定調査の内容を確認されることに同意します。

(対象者本人) 氏名

印