

## 障がい者紙オムツ給付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松 阪 市 長

申請者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

(続柄) \_\_\_\_\_

(個人番号) \_\_\_\_\_

(電話) \_\_\_\_\_

紙オムツを受給したいため、次のとおり申請します。なお、申請にあたり給付決定に必要な  
税務調査及び紙オムツ給付事業者に対する個人情報提供に同意します。

支給対象者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)		
	身 障 手 帳	手 帳 番 号	県 第 号	
		交 付 年 月 日	年 月 日	
		障 害 等 級	下 肢 ・ 体 幹 1 級 ・ 2 級	
	療 育 手 帳	手 帳 番 号	県 第 号	
交 付 年 月 日		年 月 日		
障 害 程 度		A1 (最重度) ・ A2 (重度)		
世帯構成	氏 名	年齢	対象者との関係	課税状況
		歳		<input type="checkbox"/> 非課税又は市民税均等割のみ課税
		歳		<input type="checkbox"/> 非課税又は市民税均等割のみ課税
		歳		<input type="checkbox"/> 非課税又は市民税均等割のみ課税
		歳		<input type="checkbox"/> 非課税又は市民税均等割のみ課税
	歳		<input type="checkbox"/> 非課税又は市民税均等割のみ課税	
オムツを使用し始めた時期		年 月 頃 から		
オムツの種類とサイズ		<input type="checkbox"/> オムツタイプ ( S~M ・ M ・ L ) <input type="checkbox"/> パンツタイプ ( S ・ M ・ L ・ LL )		
特記事項	介護保険法要介護認定 なし あり (認定区分: )			