様式第１号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 障がい者紙オムツ給付申請書障害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）　　　　　　　　　　　　　　　　印（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 |  | □非課税又は市民税均等割のみ課税 |
|  | 歳 |  | □非課税又は市民税均等割のみ課税 |
|  | 歳 |  | □非課税又は市民税均等割のみ課税 |
|  | 歳 |  | □非課税又は市民税均等割のみ課税 |
|  | 歳 |  | □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 | □ オムツタイプ（　S～M ・ M ・ L　） □ 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：　　　　） |