様式第１号（第５条関係）

在宅ねたきり老人等紙おむつ購入費助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　（あて先）掛川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

 紙おむつの購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

　　なお、引換券の交付決定のため、申請事項及びその他の個人情報等について、市長が確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 状態 | 　□　身体障害者（身体障害者手帳　　　級）　□　知的障害者（療育手帳 Ａ）　□　精神障害者（精神障害者保健福祉手帳　１級）　□　65歳以上の者（要介護度　　　　　　　） |
| 家族構成 | 氏　　　　名 | 対象者との続柄 | 年　齢 | 氏　　　　　名 | 対象者との続柄 | 年　齢 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 対象者の心身の状況 |  |

　（注）

　　１　対象者の状態の欄は、該当する項目にレ印を付けてください。

　　２　対象者の心身の状況の欄は、対象者が65歳以上の者に該当する場合に限り、対象者の容態、家族（申請者を含む｡)の介護の状況等を記入してください。