

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	<input type="checkbox"/> 身体障害者（身体障害者手帳 級） <input type="checkbox"/> 知的障害者（療育手帳 A） <input type="checkbox"/> 精神障害者（精神障害者保健福祉手帳 1級） <input type="checkbox"/> 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。