

藤井寺市在宅重度障害者紙おむつ等給付券交付申請書

年 月 日

藤井寺市長 様

住 所

申請者
(対象者)

氏 名

電話番号

次のとおり藤井寺市在宅重度障害者紙おむつ等給付券の交付を申請します。

対 象 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
	住 所	電話番号		
要介護度の区分 (○をつけてください)	要介護認定 (有・無) 要介護有(要支援・要介護 1・2・3・4・5)			
身体障害者 手帳の有無	1. 有(級) 2. 無			
療育手帳 の有無	1. 有() 2. 無			
主 介 護 者	氏 名			対象者からみた続柄
	住 所			電話番号

承 諾 書

年 月 日

藤井寺市長 様

住 所

氏 名

私は、紙おむつ等の給付要件の決定のために、貴職員が世帯全員の市民税額等の状況を調査することを承諾します。