

様式第1号

受 理	年 月 日	年 月 日認定 (支給開始 月分から)	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係
番 号	第 号						

ねたきり高齢者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

真岡市長 様

住 所

申請者 氏 名

㊞

(対象者との続柄)

電話番号

下記のとおり紙おむつ給付を申請致します。

対 象 者 の 状 況	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 真岡市				
	資格区分	該当する番号を○で囲んでください。 1 ねたきり高齢者 2 老人性認知症者 3 重度身体障害者等				
家 族 の 状 況	氏 名	対象者との続柄	年 齡	職 業	備 考	