様式第1号(第4条関係)

壬生町紙おむつ給付申請書

年　　月　　日

　　壬生町長　様

住所

申請者　　氏名

電話番号

　壬生町紙おむつ給付事業実施要綱第4条の規定に基づき次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 壬生町 | | | 年齢 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 要介護度 | 3　　・　　4　　・　　5 | | | | |
| 手帳取得状況 | 身体障害者手帳(　　　種　　　級)　　　　年　　　月　　　日交付 | | | | |
| 療育手帳(　　　　　　　　)　　　　年　　　月　　　日交付 | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳(　　　級)　　　　年　　　月　　　日交付 | | | | |

※　添付書類　下記のうちいずれかの写し

　　　　　　　「介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書」

　　　　　　　「介護保険被保険者証」

　　　　　　　「身体障害者手帳」「療育手帳」「精神障害者保健福祉手帳」