

様式第1号（第3条関係）

紙おむつ購入費助成申請書

		※受給者番号	第	号
対象者	住所	田上町大字 原ヶ崎新田〇〇〇番地		
	氏名	紫陽花 大虹		
	生年月日	明治・大正・昭和 15 年 〇 月 〇 日		
	世帯主名	紫陽花 黄冠	電話番号	0256-57-〇〇〇〇
本人の状態	対象区分 いずれかに○	1 要介護認定者（要介護3・要介護4・要介護5） 2 身体障害者手帳所持者（1級・2級） 3 療育手帳所持者（A）		
	常時おむつを使用するようになった時期	平成28 年 8 月から		
紙おむつ購入費助成申請にあたり、世帯の課税状況を確認することに同意の上、申請します。				
平成 〇 年 〇 月 〇 日				
(申請者) 住所 田上町大字原ヶ崎新田〇〇〇番地 氏名 紫陽花 黄冠 電話番号 0256-57-〇〇〇〇				
(あて先) 田上町長				
※世帯区分	1 生活保護・前年所得税非課税世帯		2 その他	

※印欄は記入する必要はありません。