様式第1号（第3条関係）

紙おむつ購入費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ※交付番号 | | 第　　　　　号 |
| 対　象　者 | 住　　所 | 田上町大字 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 世帯主名 |  | | 電話番号 | | －　　　　－ | |
| 本人の状態 | 対象区分  いずれかに○ | | 1　要介護認定者  （要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５）  ※町記入　以下のいずれかに該当するもの  障害高齢者　日常生活自立度（　B　・　C　）  認知症高齢者　日常生活自立度（　Ⅲ　・　Ⅳ　・　M　）  　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 | | 年　　　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、日常生活自立度を確認することに同意の上、申請します。  　　　年　　　月　　　日  （申請者）住　　所  氏　　名  電話番号  　（あて先）田上町長 | | | | | | | |
| ※世帯区分 | 1　生活保護・住民税非課税世帯　　　2　その他 | | | | | | |

※印欄は記入する必要はありません。