

伺	障 害 福 祉 課	課長	補佐	課員	担当
	令和 . .				
	別紙(案)のとおり、紙おむつ給付の可・否を決定してよろしいか。				

寝たきり重度身体障害者紙おむつ給付申請書
(18才以上65才未満)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申 請 者 (届出者)

住 所 金沢市 広坂1丁目1番1号

アパート名・号室 〇〇アパート〇〇号室

氏 名 金沢 太郎

続柄 (本人) 連絡電話 〇〇〇-〇〇〇〇

(宛先) 金沢市長

次のとおり紙おむつの給付を申請します。

対 象 者	ふりがな	かなざわ たろう	生年月日	明・大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	金沢 太郎		
	住所	金沢市 広坂1丁目1番1号 〇〇アパート〇〇号室		
	身体障害者 手帳番号	石川県 第 99999 号 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日交付 金沢市 平成		
	障 害 名	(身体障害者手帳に記載どおりに記入してください) (〇 種 〇 級)		
	3ヶ月以上の寝た きりになった時期	昭和・平成 〇〇年 〇〇月頃から		
	主な介護者(続柄)	()		
希望する紙おむつ の種類(いずれかに○)	1. 平 型 2. パンツ型 パンツタイプ (M・L) 及び尿とりパット			

【 同 意 書 】

紙おむつ給付の認定に必要な税関係書類を調査されても、異議は申し立てません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

区 分	続 柄	住 所	氏 名
申 請 者	本 人	金沢市 広坂1丁目1番1号 〇〇アパート〇〇号室	金沢 太郎 (署名又は記名押印)
扶養義務者	妻	同上	金沢 花子 (署名又は記名押印)
〃	子	同上	金沢 一郎 (署名又は記名押印)
〃			(署名又は記名押印)