

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 年 月 日

申請者(届出者)

住 所 金沢市

アパート名・号室

氏 名

続柄 ( ) 連絡電話

(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		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	氏名				
	住所	金沢市			
	身体障害者 手帳番号	石川 県 第 号 金沢 市	昭和 年 月 日交付 平成		
	障 害 名	( 種 級)			
	3ヶ月以上の寝た きりになった時期	昭和・平成 年 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 年 月 日

(宛先) 金沢市長

区 分	続 柄	住 所	氏 名
申 請 者	本 人	金沢市	(署名又は記名押印)
扶養義務者			(署名又は記名押印)
〃			(署名又は記名押印)
〃			(署名又は記名押印)