

様式

紙おむつ給付申請書

年 月 日

川 島 町 長 様

申請者 住所 川島町

氏名 印

電話

私は、川島町で行う在宅障害者地域福祉促進事業の紙おむつの支給を受けたく申請いたします。

住所	川島町	電話
氏名		
生年月日	年 月 日	満 歳
要介護度	要支援	要介護 1・2・3・4・5
障害者手帳	埼玉県第 号	年 月 日交付
障害名	(第 種 級)	
申請の理由		
民生委員意見欄	担当民生委員 印	
備考		

上記のとおり給付してよいか伺います。

課 長	主 幹	主 査	主 任	係