

別記様式

紙おむつ給付申請書

年 月 日

川 島 町 長 あて

申請者 住所 川島町
氏名
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1・2	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		
備考		
1日の排泄の回数	排 尿 : 1日	回
	排 便 : 1日	回
失禁の回数	1日	回
紙おむつ等の交換回数	1日	回

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	担 当