

太良町長 永淵 孝幸 様

申請者 住所 本人住所
氏名 本人氏名
電話番号 090-●●●●-●●●● (続柄)
対象者との関係 本人

太良町紙おむつ等支給申請書

家族が代理申請される場合は、
連絡がつく家族の携帯等の記載
をお願いします。

紙おむつ等の支給を受けたいので、太良町紙おむつ等支給事業実施要綱第3条の規定により申請
します。また、支給決定のため、対象者の要介護認定状況及び世帯全員の課税状況等の関係書類
を閲覧することに同意します。

記

1 対象者 住 所 本人住所
氏 名 本人氏名 (男・女)
生年月日 S ● 年 ● 月 ● 日生 (● ● 歳)

2 対象者の状態
(1) 障害の状態 身体障害者手帳 1・2級
療育手帳 A
(2) 介護保険の要介護度 要介護 2・3・4・5

3 申請理由

常時失禁があり、紙おむつを使用しているため

【調査結果】				
調査日	年	月	日	調査者
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
区分	<input type="checkbox"/> 要介護認定者	<input type="checkbox"/> 重度身体障害者(児)		
支給の可否	<input type="checkbox"/> 決定	<input type="checkbox"/> 却下		

※申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。