

年 月 日

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。