要介護高齢者紙おむつ券給付事業申請書

年　　　月　　　日

明和町長　あて

申請者名　　　　　　　　　　　　印

住　　　所

電話番号

下記の理由及び内容により紙おむつ券の給付を受けたく申請いたします。

あわせて、要件の審査にあたり、所得状況等の調査に同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 |  | 男・女 | 世帯主名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 住所 | 明和町大字　　　　　　　　　　番地 | | | |
| 紙おむつの  １カ月の  使用状況 | 使用枚数（平均）  　紙おむつ　　１日　　　　　　　枚  （　　　　　）１日　　　　　　　枚  （　　　　　）１日　　　　　　　枚  紙おむつ等の経費　：　月額平均　　　　　　　　　　　　円 | | | |