

様式第 1 号

紙 お む つ 給 付 事 業 申 請 書

年 月 日

南 知 多 町 長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

対象者との続柄

下記のとおり、紙おむつ給付事業を申請します。

対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	
区 分	<p>1. 介護保険の要介護度 4 又は 5 の方</p> <p>2. 重度障害者 (身体障害者手帳 1・2 級及び療育手帳 A 判定者)</p> <p>3. 町長が特に必要と認めた者 ()</p> <p>※<u>いずれも、紙おむつ使用者に限ります。</u></p>			
備 考	※介護保険施設（老人福祉施設、老人保健施設、介護医療院）へ入所されている方は、対象になりませんのでご注意ください。			

送付先（申請者と別の方に送付する場合）