

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	<ol style="list-style-type: none">1. 介護保険の要介護度4又は5の方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)3. 町長が特に必要と認めた者 ()		
	<p>※<u>いざれも、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)