

申請者 (介護者)

住所 加美町

氏 名

電話番号 ()

ねたきり老人等に対するおむつ代の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

ねたきり等老人氏名				男・女	明・大・昭	年	月	日	歳
世帯状況	氏名	ねたきり老人等 との続柄	年齢	職業		備考			
ねたきり等になった時期		年 月 日 頃							
ねたきり等になった原因									
1日あたりおむつ使用枚数		紙おむつ（パンツ） 枚		尿とりパット 枚					
身体障害者手帳		有 ・ 無		第 号		種 級			
障害名									
紙おむつ代支給 口座振込希望 金融機関	銀行・農協・信用組合				支店				
	普通 ・ 当座		口座番号						
	ふりがな 口座名義人								
加美町在宅ねたきり老人等紙おむつ代の支給可否を決定するにあたり、私及び私の世帯員の課税状況等について、加美町が支給要件を調査することに同意します。									
申請者氏名 _____ 印 _____									
民生委員の証明 上記のとおり相違ないことを証明いたします。 民生委員氏名 _____									