

様式第 1 号（第 3 条関係）

御殿場市在宅の高齢者等及び障害者等紙おむつ給付等申請書

年 月 日

御殿場市長 様

申請者 住所

氏名

対象者との続柄（ ）

申請代行者 事業所名

氏名

在宅の高齢者等及び障害者等紙おむつ給付を受けたいので、御殿場市在宅の高齢者等及び障害者等紙おむつ給付事業実施要綱第 3 条の規定により、次のとおり申請します。

対象者	住所	御殿場市											
	氏名					生年月日	年 月 日						
	個人番号												
区分	紙おむつの給付	高齢者等	要介護 3・4・5										
			要介護 3 の場合 排尿（自立 ・ 介助 ・ 見守り等） 排便（自立 ・ 介助 ・ 見守り等）										
	障害者等	身体 ・ 知的 ・ 精神 難病（病名： ）											
	紙おむつの種類												

（記入上の注意）

区分については該当するものに○印をつけてください。

※市記載欄

所得	給付対象・対象外	認定調査票	排尿	申請時点	排尿
			排便		排便