

様式1号（第3条関係）

在宅障害者等紙おむつ支給申請書

年 月 日

大泉町社会福祉協議会長 様

申請者 住 所 大泉町  
氏 名  
電 話

紙おむつの支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住 所	大泉町			電 話		
	氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女	
対象区分	該当する項目番号を○で囲んでください。 1. 身体障害手帳1級 2. 精神障害者手帳1級 3. 療育手帳A判定 4. その他（在宅介護の理由）						
世帯員状況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	性 別	備 考		
				男・女			
				男・女			
				男・女			
				男・女			
				男・女			
<input type="checkbox"/> 貴社会福祉協議会が、在宅障害者等紙おむつ支給に必要な範囲で、自治体等の関係機関に照会し、私の個人情報の提供を受けることに同意します。							