様式第１号（第３条関係）

在宅障害者等紙おむつ支給請求書

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。

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>住　　所</td><td colspan="2">大泉町</td><td>☎</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">昭・平　年　月　日</td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2">対　象　区　分</td><td colspan="6">該当する項目番号を〇で囲んでください。
１　身体障害者　　２　知的障害者
３　その他（在宅介護の理由　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="6">世帯員状況</td><td>氏　　名</td><td>続柄</td><td colspan="2">生　年　月　日</td><td>性　別</td><td>備　　考</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td></td></tr>
</table>