

様式第1号（第4条関係）

壬生町紙おむつ給付申請書

年 月 日

壬 生 町 長 様

住 所
申請者 氏 名
電 話 番 号

壬生町紙おむつ給付事業実施要綱第4条の規定に基づき次のとおり申請します。

住 所	壬生町	性 別	男 女	年 齡	
氏 名		生年月日		年 月 日	
要介護度	3 ・ 4 ・ 5				
手帳取得状況	身体障害者手帳（ 種 級）		年 月 日	交付	
	療 育 手 帳（ ）		年 月 日	交付	
	精神障害者保健福祉手帳（ 級）		年 月 日	交付	

※ 添付書類 下記のうちいずれかの写し

「介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書」

「介護保険被保険者証」

「身体障害者手帳」「療育手帳」「精神障害者保健福祉手帳」