

在宅重度心身障害者おむつ給付申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

おむつの給付を受けたいので、申請します。

対象者	フリガナ							生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名										
	個人番号										
	住所	千葉市 区									
	連絡先	電話番号	(携帯電話など平日・日中の連絡先)						— —		
		電子メールアドレス	@								
障害程度	身体障害者手帳	1級 ・ 2級									
	療育手帳	あり ・ なし									
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							
		対象者からみて	年 月 日	備考							

(注) 対象者以外の同居家族を記入してください。

記入者	<input type="checkbox"/> 対象者が記入 (以下記入不要) <input type="checkbox"/> 親族等による記入 (以下に記入)										
	フリガナ							対象者との関係	対象者から見て		
	氏名										
	個人番号										
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ (記入不要) <input type="checkbox"/> 対象者住所と異なる (以下に記入)									
	連絡先	電話番号	(携帯電話など平日・日中の連絡先)						— —		
電子メールアドレス		@									

おむつの給付を受けるにあたり、対象者及び配偶者又は扶養義務者の所得・世帯状況、対象者の身体状況等について千葉市が調査することに同意します。

また、対象者本人はねたきりかつ失禁状態にあり、常におむつの利用が必要な状態にあることを誓約します。

対象者 氏名 _____ (※)

配偶者又は扶養義務者 氏名 _____ (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。