

江 東 区 心 身 障 害 者 紙 お む つ 支 給 申 請 書

年 月 日

江 東 区 長 殿

以下のとおり、紙おむつの支給を受けたいので、次の事項に同意のうえ、申請します。

- 1 紙おむつ支給事業の受給資格を確認するため、区が所得状況を税務資料により確認すること。
- 2 紙おむつ支給決定後、区が私に関する情報（サービス提供に必要な事項に限る。）を業務委託者へ提出すること。

※申請者が20歳以上の場合は、扶養義務者欄の記入は不要です。

申請者 (障害者・児)	氏 名			年 月 日生
	個人番号			
	住 所			
	電話番号			
※扶養義務者	フリガナ		個人番号	
	氏 名			
	住 所			
	電話番号			
申請者の 状況	身体障害者手帳		障害名	
	愛の手帳			
	手帳交付年月日	年 月 日		
申請者の 状態	<input type="checkbox"/> 寝たきりの状態 <input type="checkbox"/> 失禁状態 <input type="checkbox"/> その他 ()			

【代理人による申請の場合】

(代理人住所) _____

(代理人氏名) _____ (続柄又は本人との関係) _____