

紙おむつ支給（継続）申請書

申請日 年 月 日

豊明市社会福祉協議会長 殿

申請者

住 所 〒

豊明市

氏 名

電話番号

次のとおり紙おむつの支給（継続）を申請します。

1 対象者

氏名	生年月日	年 月 日	男・女
住所 〒 豊明市	電話番号		
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未申請		
障害名	(等級または程度)		

2 世帯状況

氏名	続柄	生年月日	年齢	生計中心者に○

下記の対象者に該当することを確認しました。（民生委員・介護支援専門員・相談支援専門員）

年 月 日

氏名 _____

紙おむつ支給事業実施要綱（対象者）

第2条 給付の対象となる者は、次のとおりとし、いずれも市内に居住する在宅の市民で、世帯の生計中心者の年間市県民税額が40万円以下の世帯を対象とする。

- (1) 65歳以上の老人で、3か月以上寝たきりの状態にあるもの
- (2) 心身に障害があり、寝たきりの状態と認められるもの

※市民税・県民税税額証明書を添付