

紙おむつ等給付申請書

年 月 日

（申請先）小諸市長

申請者 住 所 小諸市
氏 名
電話番号

次のとおり、紙おむつ等の給付を申請します。

なお、この申請にあたり、小諸市長が対象者及び対象者の属する世帯に係る課税台帳関係資料を閲覧すること及び在宅の確認を介護支援専門員、医療機関、介護保険施設等へ照会することに同意します。

対 象 者	住 所 小諸市	電 話 番 号	
		生年月日	年 月 日
	氏 名	性 別	男 ・ 女
給 付 品 目	紙おむつ・尿とりパッド・防水シート		
必 要 と す る 理 由	要介護高齢者等 ・ 重度心身障がい児(者) (要介護度)		
注 意 事 項			

決	上記申請について調査の結果、給付が（適・不適）と認められるので、通知してよろしいでしょうか。		起案年月日	年 月 日	
			決裁年月日	年 月 日	
			処理年月日	年 月 日	
裁	市区町村民税 課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 月額 4,000円 <input type="checkbox"/> 課税世帯（本人非課税） 月額 3,000円 <input type="checkbox"/> 課税世帯（本人課税） 月額 2,000円			
		課 長	係 長	係	担当者
欄					