所長	副所長	係長	係

様式第１号(第４条関係)

紙 お む つ 受 給 申 請 書

年　　月　　日

伊万里市長　　様

（申請者）住　所

氏　名

※自署の場合は押印不要

ＴＥＬ（　　－　　）

紙おむつの支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請に伴い、伊万里市長寿社会課が「伊万里市高齢者紙おむつ支給事業実施要綱」第３条に基づく事務手続を処理するために限って、　　年度以降の地方税関係情報及び住民基本台帳法に基づく住民票等を取得することに同意します。

対　象　者	住　　所	伊万里市　　(行政区：　　)			
	氏　　名		性　　別	男　・　女	
	生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日(　　歳)	電話番号	－	
	身体状況 (いずれかに○)	要介護（１・２・３・４・５）　障がい者手帳保持　その他(　　)			
	個人番号				
紙オムツ希望種類		パンツタイプ【Ｓ･Ｍ･Ｌ・XL】（1日1枚） テープ式【Ｓ･Ｍ･Ｌ】（1日1枚） フラットタイプ（1日2枚）　・　尿取りパット（1日4枚）			
申請理由					

（長寿社会課確認欄）

●　　年度の市民税非課税世帯であることを証明します。

年　　月　　日　担当　　㊞

居宅介護支援事業所	登録