

様式第1号 (第3条関係)

おむつ等給付申請書

年 月 日

赤磐市社会福祉協議会会長 殿

(申請者)

〒

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり、おむつ等の給付を受けたいので、おむつ等給付事業実施要綱第3条の規定により申請します。

1. サービスを必要とする者 (対象者)

住 所 赤磐市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

2. 本人の身体状況 (簡単にご記入ください)

\_\_\_\_\_

3. 希望品目 (希望品目・サイズ及び希望袋数を記入してください。)

希望品目	希望サイズ	袋 数

4. その他

この申請書及びおむつ使用証明書に記載された事項は、本事業の目的以外には使用いたしません。

社協記入欄

【確認事項】

合計金額 (                      円 )

受取者 申請者 ・ 代理 (事業所名等：                      )

受 付 印