

別 記

第 1 号様式（第 4 条関係）

大多喜町重度障害者紙おむつ等給付申請書

年 月 日

大多喜町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

（給付対象者との続柄： ）

私は、重度障害者紙おむつ等給付を申請します。

給付対象者	住 所			
	氏 名		男・女	年 月 日生
手帳の種類	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 (該当するものを○で囲んでください。)			
	手 帳 番 号		級 別	
	交付年月日	年 月 日		
給付対象者の状況	※障害の内容、おむつ等の使用の理由、使用開始年月等を記入してください。			