第1号様式

　　年度 防府市在宅心身障害者（児）紙おむつ給付申請書

 年 月 日

 （宛先）防府市長

申請者

住　　所

氏　　名 （続柄 ）

電話番号 （ ） －

次の要件全てに該当するので、下記のとおり紙おむつの給付を申請します。

1. 住民税非課税の世帯に属している者であること
2. おおむね3歳以上65歳未満の在宅心身障害者（児）で、恒常的に紙おむつを使用している者であること
3. 身体障害者手帳所持者で、体幹機能障害または下肢機能障害1級、2級の認定を受けている者、または療育手帳Ａ所持者であること

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | カナ氏名 |   | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 生 | 年齢 |  歳 |
| 住所 | 防府市 （ 地区 ） |
| 家族等の状況（対象者を除く） | 同居者及び介護者の氏名(住民票によらず祖父母等も含め実態について記入し、主たる介護者に○をしてください） | 続柄 | 生年月日 | 住所(住民票上の住所が対象者の住所と異なる場合に、記入してください。) |
|  |  |  | 年 月 日 |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |
|  防府市長が本申請に係る給付の適否を調査、決定するに当たり、住民税課税事務を所管する機関に対し、必要な事項を照会し、調査等依頼することに同意します。対象者又は同居者 氏名 　　　　　　　　　　　　　（自筆による署名又は記名押印） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認事項 | 在宅の状況 | 心身等の状況 | 在宅等の状況の確認職員 |
|  □ 在宅 □ 入院・入所 |  □ 該当 □ 非該当 |  |