

年 月 日

長井市長 宛

申請者（保護者） 住所.....

氏名.....⑩

長井市心身障がい者地域福祉対策事業(紙おむつ支給)申請書

紙おむつの支給を下記により申請いたします。また支給決定のため、対象者の身体状況及び対象者と住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

記

対象者	住所 長井市		電話番号		
	フリガナ		性別 男・女	生年月日	
	氏名			大・昭・平	年
所持する手帳の状況 ・身体障害者手帳 級 ( ) ・療育手帳 A ・ B					
家族構成	世帯員の氏名	続柄	年齢	職業(勤務先等)	所得税額
		対象者			
申請事由	—				