

年 月 日

木津川市長 様

申請者 氏 名 ㊟

在宅高齢者等紙おむつ給付事業申請書

次のとおり紙おむつ給付事業の利用を申請します。

要 介 護 高 齢 者 等	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	木津川市 (電話番号 ー)			
	要 介 護 状 態 区 分	要介護3 要介護4 要介護5			
	認 定 年 月 日	年 月 日			
	おむつを使用し始めた日	年 月 日			
	特 記 事 項				
介 護 者	氏 名		男・女	高齢者との続柄	
	住 所	木津川市 (電話番号 ー)			
同 意 書					
在宅高齢者等紙おむつ支給事業の資格要件の決定のために必要があるときは、世帯全員の市町村民税の課税状況等について、木津川市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。					
住 所 氏 名 ㊟					