

弘前市長様

住所 弘前市大字

申請者 氏名 (続柄:)

紙おむつ支給申請書

ねたきり高齢者等紙おむつの支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、弘前市ねたきり高齢者等紙おむつ支給事業の決定又は実施のために必要があるときは、紙おむつ支給期間中を含め、課税額確認のため、支給を受ける本人及び本人の世帯員の市民税の課税等の状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。

対象者	氏名			性別	男・女
	住所	弘前市大字			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	電話番号		
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()			
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級) <input type="checkbox"/> 無	愛護手帳 <input type="checkbox"/> 有 (A ・ B) <input type="checkbox"/> 無		
	認知症の症状	<input type="checkbox"/> 有 (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 無			
	常時ねたきり状態となった時期	年 月頃			
介護者	氏名	(続柄:)	電話番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 弘前市大字			
紙おむつの希望タイプ	1つだけ選んでください。(あとから変更できます) <input type="checkbox"/> フラットタイプ紙おむつ 200枚(3ヶ月) <input type="checkbox"/> テープタイプ紙おむつ 100枚(3ヶ月) M・L <small>※希望のサイズに○を付けて下さい。</small> <input type="checkbox"/> 尿とりパッド 240枚(3ヶ月)				
配達場所	<input type="checkbox"/> 対象者の住所 <input type="checkbox"/> 介護者の住所 <input type="checkbox"/> その他の住所 弘前市大字 (電話番号:)				

==== 市 処 理 欄 =====

上記の者について、支給(却下)決定してよろしいかお伺いします。

令和 年 月 日

【市民税課税者】

- なし
 あり(別紙のとおり)

課長	課長補佐	係長	合議	係

該当要件	<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者
------	--