様式第１号（第５条関係） 　　　　年　　月　　日

重度身体障害者紙おむつ給付申請書

（あて先）那珂川市長

住　所　那珂川市

申請者　氏　名

 （利用者との続柄　　　　　　）

 （電話　　　　-　　　　　　）

下記のとおり紙おむつの給付を受けたいので、那珂川市重度身体障害者紙おむつ給付サービス事業実施要綱第５条の規定により申請します。

紙おむつの給付申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　月　日生 | 　　歳 |
| 住　所 | 那珂川市 | 電話 | － | 男・女 |
|  | 氏　　名 | 利用者との続柄 | 生年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 身体・精神の状況 | 歩　行 | 自分で可　　・　　一部介助　　・　　全介助 |
| 排　泄 | 自分で可　　・　　一部介助　　・　　全介助 |
| おむつ | 昼夜　　　・　　　夜のみ |
| 認知症 | あり　　　・　　　なし |
| 身体障害者手帳 | 級 | 障害名 |  |
| 現在１日あたりの紙おむつの使用枚数 | １日　　　　枚程度使用している |