様式第２号（第６条関係）

重度身体障害者紙おむつ給付決定通知書

（公印省略）

　　　　　　 　　年　月　日

　　　　　　様

那珂川市長

年　　月　　日付の紙おむつ給付申請について、下記のとおり給付が

決定したので通知します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 住　所 | 那珂川市 | | | | | |
| 給付内容 | | 年　　　月から１か月当たり　　　　円を給付対象上限  として、紙おむつを給付する。 | | | | | |
| 紙おむつの | | 住　所 |  | | | | |
|  | | 業者名 |  | | | TEL |  |
| (1)　本事業の決定及び利用についてのお尋ねは、障がい者支援課障がい者支援担当にお問い合わせください。  (2)　紙おむつを受け取った時には、「紙おむつ給付券」を「紙おむつ納入業者」にお渡し下さい。  (3)　下記のような資格喪失（変更）が生じた場合は、障がい者支援課障がい者支援担当に連絡してください。  記  ①　施設に入所した場合  ②　病院・診療所に３か月以上継続して入院するようになった場合  ③　生活保護法に基づく紙おむつの支給を受けるようになった場合  ④　転出した場合  ⑤　死亡した場合  ⑥　対象者の市県民税が課税された場合  ⑦　給付を辞退する場合  ⑧　住所や氏名の変更 | | | | | | | |
| * ４月～７月までの１月あたりの給付限度額は前年度の世帯の市県民税課税状況を基に決定し、８月～翌年３月までの１月あたりの給付限度額は本年度の市県民税課税状況を基に決定します。 | | | | | | | |