|  |
| --- |
|  様式第６号（第１１条関係）重度身体障害者紙おむつ給付サービス事業紙おむつ給付券使　用　上　の　注　意 * 本券は、在宅の寝たきり重度身体障害者であっておむつを必要とする方に紙おむつを給付するための引換券です。
* 本券は那珂川市が指定した業者から紙おむつを受けとった時にお渡しください。
* 身体障害者療護施設等の福祉施設に入所された時、病院等に３ヵ月以上入院された時、生活保護法による同様のサービスを受けるようになった時及び給付対象者が死亡された時は、那珂川市にお返しください。
* 給付対象者の住所を変更する場合には那珂川市役所障がい者支援課に連絡してください。
* あなたの世帯は市県民税が　　世帯であるため１ヵ月の給付限度額は、　　**円**となります。
* その他本券の使用について、不明の点がありましたら那珂川市役所障がい者支援課にお尋ねください。
 |
|  発行番号（　　　）重度身体障害者紙おむつ給付サ－ビス紙おむつ給付券 　　　　年　４月分 　給付限度額　**円** 　　　　　那珂川市長　　　　　　　　　印 | 発行番号（　　　）重度身体障害者紙おむつ給付サ－ビス 紙おむつ給付券 　　　　年　５月分 給付限度額　**円** 　　　　　那珂川市長　　　　　　　　　印 |
| 発行番号（　　　）重度身体障害者紙おむつ給付サ－ビス 紙おむつ給付券 　　　　年　６月分 給付限度額　**円** 　　　　　那珂川市長　　　　　　　　　印 | 発行番号（　　　）重度身体障害者紙おむつ給付サ－ビス 紙おむつ給付券 　　　　年　７月分 　給付限度額　**円** 　　　　　那珂川市長　　　　　　　　　印 |