様式第１号

金山町障害者紙おむつ支給事業利用申請書

令和　　年　　月　　日

金　山　町　長　　殿

申請者　住　所　金山町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

金山町障害者紙おむつ支給事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

また、事業の決定に際して必要があるときは、利用者の世帯に係わる町民税課税台帳、その他課税状況を確認できる書類を閲覧することに同意します。

□　当該年度の前年度の１月１日以降に転入した場合は市町村民税等が課税されていないことがわかる書類を添付すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  | | | | | 住　所 | | 金山町大字 | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 大正  昭和  平成  令和 | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | 電話番号 | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者状況調査　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※いずれかに○を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| １．生活の場 | | | ア．在宅 | | | イ．入院中  （病院名：　　　　　　　　　）  （　　　年　　月　　日から　） | | | | | ウ．施設入所中  （施設名：　　　　　　　　　）  （　　　年　　月　　日から　） | | | |
| ２．資格取得状況 | | | ア．身体障害者手帳：　　１級　　２級  イ．療育手帳：　　　　　 Ａ　　　Ｂ  ウ．上記と同等である。（後日、確認させていただきます。）  ※内容を具体的に記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| ３．日常生活の状況 | | | 排　泄：自立　見守り　介助（一部・全介助）　常時おむつ使用  ねたきりの状態：　常時臥床　　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ４．主たる介護者 | | | 氏名 | |  | | | 生年月日 | |  | | | 続柄 |  |
| ５．その他 | | | その他要望、本人の状況や介護状況等について、ご自由に記入ください。 | | | | | | | | | | | |

役場使用欄　※身体障害者手帳又は療育手帳を所持している者は手帳の写しを添付すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者市町村民税等 | 課税状況：　　課税　・　非課税 |