（第１号様式）

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業利用申請書

　　　年　　　月　　　日

町田市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 |  | 続柄 | （　　　　） |

下記の留意事項に同意し、事業の利用を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者（本 人） | 被保険者番号 |  |
| 住所 | 町田市 |
| ふりがな |  | 生年月日及び年齢 | 大正昭和 | 年 月 日（　　　）歳 |
| 氏名 |  |
|  配達を希望する住所※町田市内のみ | いずれかに☑を記入してください□申請者住所に同じ□利用者住所に同じ□その他（配送先住所等を下欄に記入してください）住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：　　　　　　　　　　　　利用者との関係：　　　　　　　 |
| 必ず連絡がとれる電話番号 | 電話番号：（　　　　　）　　　　　―　　　　　　　　　いずれかに☑をしてください□本人の電話番号□その他（どなたの連絡先か下記に記入してください）氏名：　　　　　　　　　　利用者との関係：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 希望する支給内容 | 希望する品番 | 希望するタイプ・枚数等 |
| 　　　　― | タイプ： パンツ ・ テープサイズ： Ｓ ・ Ｍ ・ Ｌ～ＬＬおむつ：　　　枚　・　尿取りパッド：　　　枚 |
| ＜留意事項＞**支給の決定にあたり、市担当者が公簿等により市民税の課税状況または****介護保険料の賦課状況を確認します**。※この情報の利用にあたっては、上記の目的以外には一切利用いたしません。 |

　※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 決　　定 | 承認番号 | 承認年月日 | 要介護 | 世帯課税 | 生活保護 |
| 　． 　． | 承認・不承認  | Ｏ- | 　． 　． | ４・５・他（　 ） | 課税・非課税 | 受給・未受給 |