（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 |