

つくば市知的障害者紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

申請者 住 所  
氏 名  
電 話 番 号

審査に必要となる、対象者の住民記録・その他の情報について、市が保有する情報を閲覧することに同意した上で、次のとおり助成券の交付について申請します。

対 象 者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年	月	日 ( 歳)	
	該当するものに○をつけてください	療育手帳 ㊤ ・ A ・ B ・ C ( 第 号)			
	受給資格	該当する□にレ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 医療機関、施設等に入院・入所していません。 <input type="checkbox"/> 障害者日常生活用具給付事業による紙おむつの給付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 同一年度内につくば市在宅要介護等紙おむつ購入費助成券の交付をうけていません。			
	日常生活上紙おむつを必要とする理由について				
保 護 者	住 所			続柄	
	氏 名			電話	