

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

瑞穂町長 あて

申請者住所 瑞穂町

氏名

電話

— —

瑞穂町重度心身障害者（児）紙おむつ給付申請書

瑞穂町重度心身障害者（児）紙おむつ給付事業による、おむつの給付を受けたく申請します。

対 象 者	住 所 瑞穂町		
	氏 名 (男・女)		
	生 年 月 日 年 月 日生 (歳)		
身体障害者 手帳番号	都 道 第 号 府 県 (年 月 日 交付)	等 級 級	
愛の手帳 番 号	東 京 都 第 号 (年 月 日 交付)	総合判定 度	
主 介 護 者	氏名	対象者との 続柄	
身 体 状 況	(具体的に記入してください。)		