

第1号様式（第3条関係）

年 月 日

（宛先）桜井市長

住所

申請者

氏名

（対象者との続柄 ）

電話

介護用品(紙おむつ等)給付申請書

次のとおり、介護用品(紙おむつ等)の給付を申請します。

給付対象者	住所		
	氏名		
	生年月日	年	月 日生
紙 お む つ 希望する用品の 番号を記入してく ださい。 (別紙参照)	初回配達分	2ヶ月分	

同意書

介護用品(紙おむつ等)の給付の決定のために必要があるときは、給付対象者及び給付対象者の世帯全員の住民記録情報並びに課税情報及び納付状況について、桜井市社会福祉事務所長が関係機関に報告を求めることに同意します。

同意者（給付対象者）