

厚木市日常生活用具（紙おむつ等）給付事業申請書

令和 年 月 日

（あて先）厚 木 市 長

〒
住 所
申請者 氏 名 （対象者との続柄 ）
（介護者等）電 話 — —
携帯電話 — —

日常生活用具（紙おむつ等）の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者 氏 名	区分（該当するもの1つに○）
フリガナ	・ねたきり老人登録 ・認知症老人登録 ・2号被保険者
① 希望業者（次の2社から1社のみ選んでください。）	
1 株式会社成玉舎第一営業所 2 白十字販売株式会社	
② ダンボールへの梱包 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	

※上記の申請者の住所以外に配達を希望される場合のみ記入してください。

配達希望先	(方)
電話番号	

③ 同意書

日常生活用具（紙おむつ等）給付に際し、対象者の市民税課税状況について、毎年度の給付判定時に、市担当職員が確認することに同意します。

紙おむつ等給付対象者氏名