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。

・生活保護の受給状況　（該当するものに☑してください。）　□　受給していません。

* 受給しています。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者　氏　名 | | 区　分（該当するもの１つに☑） | |
| フリガナ | | □ ねたきり等高齢者登録  □ ２号被保険者 | |
|  | |
| 住 所 | □申請者と同じ | 生年月日 | 年 　　月 　　日 |
| 1. 希望業者（次の２社から１社を選んでください。） | | | |
| □　株式会社成玉舎第一営業所  □　白十字販売株式会社 | | | |
| 1. ダンボールへの梱包　　　　　□　希望する　　　　　　□　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 |  |

1. 同意書

|  |
| --- |
| 日常生活用具（紙おむつ等）の給付に際し、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。  対象者氏名 |