

様式第2号（第5条関係）

女川町紙おむつ等助成券支給申請書

年 月 日

女川町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (印)

対象者との続柄 () _____

電話番号 _____

女川町紙おむつ等助成券の交付を受けたいので申請します。

なお、内容の審査にあたり、本申請書記載の必要事項を関係機関に照会することに同意いたします。

対象者の状況	住 所	女川町 (区)		
	氏 名		性別	男 ・ 女
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	介 護 認 定	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 ・ 2 級		
		<input type="checkbox"/> 療 育 手 帳 A		
障 害 別	視・聴・肢・内・療・透・他			
申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）			
氏 名		申請者との関係		
住 所	〒			
電 話 番 号	— —			

発行申請枚数	()ヶ月分× 枚 = ()枚 (月申請)
交付番号	— 備考