

様式第 1 号

重度心身障害者（児）紙おむつ等給付
申請書
変更申請
年 月 日

青梅市長 大勢待 利 明 殿

申請者 住所
(世帯主) 氏名
電話
個人番号

次の各項目に同意の上、下記のとおり、重度心身障害者（児）紙おむつ等を給付されるよう[申請・変更申請]します。

- 1 市が、所得状況等の内容について、市の公簿で確認すること。
- 2 選択した指定事業者に対して、市が申請内容についての情報を提供すること。
- 3 この給付は、65歳到達月をもって終了すること。

記

ふりがな 利用者氏名	個人番号		生年月日		年 月 日	
住 所	青梅市			電話番号	() —	
世帯の状況 (住民票上世帯が異なっても生計が同一のものは記入)	氏 名		本人との続柄		年 齢	主な介護者 (○印)
緊急連絡先	氏名		電話番号	() —	続 柄	
手帳の種別	身障手帳 1 級 ・ 2 級			愛の手帳 1 度 ・ 2 度		
市町村民税	課税 ・ 非課税 ・ その他 ()					
指 定 業 者 (いずれかに○)	1 (株) 成玉舎			2 セイブケア		
	3 白十字販売 (株)			4 (有) アイケアサービス青梅		

以 上