

第1号様式(第4条関係)

四日市市重度障害者(児)紙おむつ給付申請書

四日市市長

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	住所	連絡先		
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ			続柄	
給付申請に係る 児童氏名(18歳未満)			生年月日	年 月 日
身体障害者手帳		障害名		
		等級	第	号
療育手帳		障害程度	第	号
その他 (難病患者等)		病名		
申請期間		年 月分から 年 月分まで	2か月分 ・ 4か月分 ・ 6か月分 (○で囲む)	
業者名				
用具名		紙おむつ		
(備考)				
同意書	私は、この申請書に係る事務を行うため、四日市市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報(住民基本台帳、課税台帳、生活保護受給の状況)を利用することに同意します。			
	年 月 日	氏名	印	
※署名又は記名及び押印				
生活保護への移行予防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。		

(添付書類)

- 1 紙おむつの見積書
- 2 重度障害者(児)紙おむつ給付意見書(第2号様式) (ただし、市長が意見書の提出が必要と認めた場合に限る。)
- 3 その他市長が必要と認めた書類

提出先 : 四日市市役所 障害福祉課

TEL : 059-354-8171 FAX : 059-354-3016