

別記第 1 号様式（第 3 条関係）

新発田市重度心身障害者等紙おむつ購入助成申請書

年 月 日

新発田市長 様

申請者 住所 新発田市  
氏名  
( 受給者との続柄 )  
電話番号

新発田市重度心身障害者等紙おむつ助成事業に基づく紙おむつ購入費助成券の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

受給者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	電話番号	
受給者 区 分	身体障害者手帳 1 級又は 2 級 療育手帳 A 特別児童扶養手当・特別障害者手当受給者 精神障害者保健福祉手帳 1 級又は 2 級 その他 ( )			
受給者の 状 況	おむつの使用状況	1 日当たり 枚		
	生活区分	在宅	入院中	施設入所中
	課税状況	市民税非課税 市民税課税		
( 市民税調査承諾欄 ) 紙おむつの助成に係る審査のため、私 ( 対象者 ) の市民税課税資料を閲覧 ( 確認 ) することを承諾します。  年 月 日  対象者氏名				