

様式第1号(第3条関係)

年 月 日

奥多摩町長 殿

申請者 住所
氏名 (対象者との続柄)
電話 ()

紙おむつ給付申請書

下記のとおり紙おむつの給付を受けたく申請します。

記

対象者	ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日 (歳)
	住所	奥多摩町		
	電話			
対象者の状況	要介護状態区分			
	身体障害者手帳	種	級	
	愛の手帳	度		
	その他特記事項			
課税状況	1 生活保護世帯 3 町民税課税世帯	2 町民税非課税世帯 4 不明		
希望する型 (タイプ)	1 テープ式おむつ (M・L)	2 パンツタイプ (S・M～L・L～LL)		

※課税状況について調査することを承諾します。 氏名 _____

紙おむつ給付 ご利用の流れ



① ご相談ください。



- 申し込みには、必要な条件がいくつかあります。まずは、ご相談ください。

ご相談は **奥多摩町 福祉保健課 地域支援係** まで

☎ 0428-83-2777 (保健福祉センター)

② 『申請書』を書いて申し込みます。

- 『申請書』は、郵送でも受け付けできます。ご相談ください。

③ 『決定通知』が郵便で届きます。

- 後日、町から『決定通知』を郵送いたします。
- 『決定通知』は、紙おむつを受け取る時に**必要**になります。

④ 紙おむつを受け取りに行ってください。

- 『決定通知』を必ず持って、下記まで受け取りに行ってください。
- 月に50枚を限度として支給します。

紙おむつの受け取りは…

奥多摩町社会福祉協議会

場所：奥多摩町福祉会館 1階 (奥多摩町氷川199番地)

☎ 0428-83-3855

サイズ変更などありましたら、受け取りの時に申し出ください。

