

年 月 日

宮古島市長 様

住所
(申請者) 氏名 印
電話

日常生活用品（おむつ）給付申請書

次により宮古島市ねたきり老人等日常生活用品給付事業を利用したいので申請します。
また利用申請に当たり、利用者・家族等の課税状況等について、高齢者支援課職員が必要に応じ税務課等に資料の報告・閲覧を求め、関係資料を調査・確認することに同意します。

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------|------|------|---------------|---------------|
| 給付を 必要と する者 | 氏 名 | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳) |
| | 住 所 | | | 電 話 | |
| 生活・心身の状況 | | | | | |
| 介 護 人 | 氏 名 | | | 続 柄 | |
| | 住 所 | (電話) | | | |
| 介 護 人 の 世 帯 状 況 | 氏 名 | 続 柄 | 生年月日 | 職 業 及 び 勤 務 先 | |
| | | | ・ ・ | | |
| | | | ・ ・ | | |
| | | | ・ ・ | | |
| | | | ・ ・ | | |

※添付書類 健康診断書（別紙様式）