

茨木市高齢者紙おむつ等支給申請書

（申請先）茨木市長

茨木市高齢者紙おむつ等の支給を受けたいので申請します。

年 月 日

ふりがな					
利用者氏名	要介護 3・4・5				
利用者住所	〒 ー 茨木市				
電話番号	()				
生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日 (歳)				
居住状況	1. 在宅（入院・入所していない。） 2. 施設に入所している。施設名 () いずれかに○をしてください。 ※入院中は申請できません。				
生計中心者氏名		続柄		年齢	
ふりがな					
提出者氏名	支給申請者との関係 ()				
提出者住所	〒 ー				
電話番号	()				

同意書

茨木市高齢者紙おむつ等の支給審査に必要なときは、私の世帯の住民登録、課税状況及び生活保護受給の有無について、茨木市長が住民基本台帳、市民税課税台帳及び生活保護に関する事務の関係書類により確認することに同意します。

生計中心者氏名

茨木市高齢者紙おむつ等の支給審査に必要なときは、私の要介護認定区分及び世帯の住民登録について、茨木市長が要介護認定に関する事務の関係書類及び住民基本台帳で確認することに同意します。

利用者氏名