様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

社会福祉法人上三川町社会福祉協議会長　　様

申請者　住　所　上三川町

氏　名　　印

（利用者との続柄　　）

（電話　　－　　）

（ﾌｧｸｽ　　－　　）

年度　紙おむつ支給券交付申請書

社会福祉法人上三川町社会福祉協議会寝たきり老人紙おむつ支給事業実施要綱第４条の規定により申請します。

記

ふりがな 利用者氏名	
利用者住所	上三川町
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　才）
要介護度・状況	（要介護度　３・４・５　） 全介助　・　半介助（　入浴　・　食事　・　排泄　）
担当民生委員名	

※　半介助に該当する場合、介助が必要なものに○印をつけてください。

＊社協記入欄	
表紙番号	備考