

第1号様式（第3条関係）

おむつ給付申請書

平成 年 月 日

岩国市長 様

（申請者）住所

氏名

印

給付対象者	氏名		生年 月 日	年 月 日生	
	住所			電話	
身体障害者手帳番号					
おむつ使用状況		1日当たり紙おむつ 枚			
おむつカバーの使用状況		要 ・ 不要			
世帯の課税状況		市民税課税 ・ 市民税非課税			
世帯の状況	氏 名	続柄	生 年 月 日	職業及び勤務先	