

様式第1号

乳児紙おむつ券配付申請書

令和 年 月 日

甲佐町社会福祉協議会

会長 甲斐 高士 様

(申請者)

住所 甲佐町 _____

ふりがな
氏名 _____

電話番号 _____

乳児紙おむつ券配付を下記のとおり申請します。

記

保 護 者	ふりがな 氏名	※申請者と異なるときのみ記入	性 別	男 ・ 女
	住 所	※申請者と異なるときのみ記入 甲佐町	行 政 区	
	電話番号	※申請者と異なるときのみ記入	世帯主氏名	※申請者と異なるときのみ記入
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		
対 象 児	ふりがな 氏名		性 別	男 ・ 女
	住 所	※申請者と異なるときのみ記入 甲佐町		
	生年月日	令和 年 月 日		
備 考				

※添付書類として子ども医療費受給者証の写しを提出して下さい。