

様式第1号

大宜味村社会福祉協議会紙おむつ（受給・又は解除）申請書

令和 年 月 日

大宜味村社会福祉協議会
会長 島田 哲夫 様

申請人住所 _____

氏 名 _____ 印

下記により大宜味村社会福祉協議会紙おむつ（受給・解除）を申請します。

記

対象者	住 所	大宜味村 番地		
	氏 名		生年月日	年 月 日

決 裁	会長	事務局長	専門員	庶務会計