

紙おむつ等配布申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 河津町社会福祉協議会会長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電 話 _____

下記のとおり紙おむつ等の配布を受けたいので申請します。また、事業実施のために必要な情報等について調査することに同意します。

1. 紙おむつ等利用者（在宅にて介護を受けている者）

住 所 _____

氏 名 _____ 電 話 _____

生年月日 年 月 日（ 歳）

いずれかに○印をつけてください

<input type="checkbox"/>	介護認定で要支援 1～要介護 5 の方・・・介護保険証写し
<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳 1～2 級、療育手帳 A の方・・・身体障害者・療育手帳写し
<input type="checkbox"/>	排泄機能障害で身体障害者手帳をお持ちの方・・・身体障害者手帳写し

2. 配布を希望する品目

（下記の中から選び、サイズ欄に○印・個数欄に個数を記入してください）

品 目	サイズ	個数
テープ止めおむつ	S・M・L	
リハビリパンツ	S・M・L・LL	
尿取りパッド（テープ止めおむつ用）	通常・夜用	
かんたん装着尿取りパッド（紙パンツ専用）		

3. 受取について

いずれかに○印をつけてください

<input type="checkbox"/>	宅 配	<input type="checkbox"/>	事務所まで取りに来る
--------------------------	-----	--------------------------	------------