

紙おむつ等支給申請書

年 月 日

社会福祉法人知立市社会福祉協議会長 様

申請者 住 所
氏 名

本人との続柄 ()

電話番号 (-)

下記のとおり申請します。

利用者住所	知立市		
ふりがな		性 別	男 ・ 女
利用者氏名			
電 話 番 号	—	使用場所	
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日	(満 歳)
身 体 状 況	要介護度 4 ・ 要介護度 5 ・ その他 (民生委員の認めるもの)		
※ 希望する紙おむつ等の種類を <u>1つ</u> 選んでください。			○印
紙おむつフラットタイプ	60 枚入り		
紙おむつパンツタイプ (2回吸収)	S サイズ	22 枚入り	
	M サイズ	20 枚入り	
	L サイズ	18 枚入り	
	LL サイズ	16 枚入り	
紙おむつパンツタイプ (4回吸収)	M サイズ	20 枚入り	
	L サイズ	18 枚入り	
紙おむつテープ止めタイプ	S サイズ	22 枚入り	
	M サイズ	15 枚入り	
	L サイズ	13 枚入り	
尿とりパッド	90 枚入り		

※こちらをあわせてご記入ください。

花 の 配 布 希 望	希望する ・ 希望しない
-------------	--------------

花の配布の際、(有)清香園 (住所：知立市東上重原 5 丁目 30) に利用者氏名、住所、電話番号を提供することに同意します。

年 月 日 氏名 Ⓜ

【民生委員記入欄】 ※身体状況が「その他」の場合は、記入が必要となります。

備考	適 当 ・ 不 適 当	民生委員氏名	
----	-------------	--------	--

【事務処理欄】

受付日	年 月 日	申 請	新 ・ 再
-----	-------	-----	-------