

介護用品(紙オムツ・パッド)支給申込書

ねたきりの方	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日(才)
	住所	勝浦市	
	電話番号		

(看病している方) 申込者	フリガナ		続柄
	氏名		印
	住所	※ねたきりの方と同じ場合は(同上)と記入してください。	
	電話番号	※ねたきりの方と同じ場合は(同上)と記入してください。	
寝たきりになった時期や原因等			

◆ 希望する番号を ○ で囲んでください。

- 1 紙オムツのみ希望
- 2 尿とりパッド(フリーサイズ)のみ希望
- 3 紙オムツ・パッド両方希望

◆ 紙オムツの希望サイズ S・M・L を ○ で囲んでください。

紙オムツサイズ (ヒップ)	S (57~87cm以下)	M (70~110cm)	L (85~125cm以上)
------------------	------------------	-----------------	-------------------

◆ ケアマネージャー(介護支援専門員)等を経由し申し込む場合に必ずご記入ください。

会社(事業所)名	
会社(事業所)住所	
(フリガナ) 担当者氏名	
電話番号	

【その他】

- (1) 介護用品支給月は、7月・11月・3月の予定です。
- (2) 紙オムツ等の支給数量等は本会において決定いたします。
- (3) 紙オムツ等が不足する分については、各自で購入してください。
- (4) 介護用品支給の中止や変更の場合は速やかに社協(☎73-6101)へご連絡ください。
- (5) 支給申込書は初回のみ提出すれば以降は不要です。
- (6) 申込内容等の事実確認のため、勝浦市等へ情報を提供し、提供を受けることがあります。

※介護支援専門員等を経由せずに申請する場合には下記、民生委員の訪問による確認をさせていただきます。

《民生委員の意見》
民生委員 氏名 _____ 印