様式1号

紙オムツ支給申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人上里町社会福祉協議会

会　　長　　山　下　博　一　　様

住　 　所

申請者 　　　 氏　 　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話番号

下記のとおり紙オムツの支給を受けたいので申請します。

1. **紙オムツ利用者**

**住　　所　上里町大字**　　　　**氏　　名**

**電話番号** 　　　　**生年月日　明・大・昭・平 　 年 　 月 日**

1. 介護者

氏　　名　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　利用者との続柄

生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日

1. 希望品目

|  |  |
| --- | --- |
| 品　　　　　　　　　　目 | 希望品目（１箇所）に〇印を付けて下さい。 |
| はくパンツS　 ウエストサイズ50～75㎝用 |  |
| はくパンツM　　 　〃 　60～90㎝ 用 |  |
| はくパンツL　　　　〃　 80～130㎝用 |  |
| はくパンツLL　　　〃 110～133㎝用 |  |
| テープ止めタイプM ヒップサイズ70～ 110㎝用 |  |
| テープ止めタイプL ヒップサイズ85～125㎝用 |  |
| 尿とりパッド(男性用) |  |
| 尿とりパッド(女性用) |  |

　　　　　　　(サイズは、多少変更になる場合があります。)

|  |
| --- |
| 【民生委員確認欄】  　　上記について、確認しました。  　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　担当地区名　　　　　　　　民生委員氏名 |