

平成28年度 紙おむつ宅配サービス事業利用申請書

平成 年 月 日

紙おむつ宅配サービス事業の利用について、下記のとおり申請します。

1. 利用者 ふりがな

氏名 (印) (男・女) 生年月日 大・昭・平 年 月 日(歳)

〒 - (住宅名・棟・号等)	電話番号
住所 北区	

2. 希望する紙おむつの種類(組み合わせは自由でパック単位で合計100枚以内まで)

種類・サイズ	吸収回数	1パック	希望数
①フラットタイプ(サイズ 30×72 ^{センチ})	(吸収量) 400cc	30枚	パック
②テープ止タイプ(スーパーBIG)(ウエストサイズ50～70 ^{センチ})	4回分	28枚	パック
③テープ止タイプ(S)(ヒップサイズ 56～90 ^{センチ})	4回分	22枚	パック
④テープ止タイプ(M)(ヒップサイズ 67～106 ^{センチ})	4回分	20枚	パック
⑤テープ止タイプ(L)(ヒップサイズ 81～128 ^{センチ})	4回分	17枚	パック
⑥はくパンツタイプ(S)(ウエストサイズ 50～70 ^{センチ})	2回分	24枚	パック
⑦はくパンツタイプ(M)(ウエストサイズ 60～85 ^{センチ})	2回分	22枚	パック
⑧はくパンツタイプ(L)(ウエストサイズ 75～100 ^{センチ})	2回分	20枚	パック
⑨はくパンツタイプ(LL)(ウエストサイズ 90～125 ^{センチ})	2回分	18枚	パック
⑩尿取りパッド(サイズ 21×48 ^{センチ})	(吸収量) 300cc	30枚	パック

※受付後は内容等の変更はできませんので、サイズと吸収回数等確認の上お申し込みください。

※利用料は、配達時にお支払いください。

3. 身体の状態(該当するところに○をしてください)

- | | |
|------------------------|---------------|
| ・寝たきり高齢者 | ・重度障がい児・者 |
| ・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | ・身体障害等級 1 ・ 2 |
| ・要支援 1 ・ 2 | |

4. 紙おむつを必要とされる申請理由をご記入ください。

※連絡事項: デイサービス利用や通院等で都合の悪い日や時間帯をご記入ください。

	配達日時 調整連絡先 (右欄に✓をお願いいたします。)	☐ 本人
		☐ 代理人

ご本人様以外の方が申し込まれた場合は下空欄も必ずご記入ください。

(代理人名)	(続柄)	(連絡先)