

紙おむつ等支給申請書

平成 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 ()

下記のとおり申請します。

電話番号 (-)

利用者住所	知立市		
ふりがな 利用者氏名			性別
			男・女
電話番号	-	使用場所	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)		
身体状況	要介護5 ・ 要介護4 ・ その他(民生委員が認めるもの)		
※ 希望する紙おむつ等の種類を1つ選んで下さい。			○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。

花の配付希望	希望する ・ 希望しない
--------	--------------

花の配付の際、㊦清香園（住所：知立市東重原5-30）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。

平成 年 月 日

氏名 ㊦

【民生委員記入欄】

備考	適当 ・ 不適當	民生委員名	
----	----------	-------	--

【事務処理欄】

受付日	平成 年 月 日	申請	新 ・ 再
-----	----------	----	-------

紙おむつ等支給変更申請書

平成 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 (-)

下記のとおり変更申請します。

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・平成 年 月 日 (満 歳)		
担当民生委員氏名			
変 更 前	<input type="checkbox"/>	変 更 後	<input type="checkbox"/>
フラットタイプ 60枚入り		フラットタイプ 60枚入り	
パンツタイプ(2回吸収)Sサイズ22枚入り		パンツタイプ(2回吸収)Sサイズ22枚入り	
パンツタイプ(2回吸収)Mサイズ20枚入り		パンツタイプ(2回吸収)Mサイズ20枚入り	
パンツタイプ(2回吸収)Lサイズ18枚入り		パンツタイプ(2回吸収)Lサイズ18枚入り	
パンツタイプ(2回吸収LLサイズ16枚入り		パンツタイプ(2回吸収)LLサイズ16枚入り	
パンツタイプ(4回吸収)Mサイズ20枚入り		パンツタイプ(4回吸収)Mサイズ20枚入り	
パンツタイプ(4回吸収)Lサイズ18枚入り		パンツタイプ(4回吸収)Lサイズ18枚入り	
テープ止めタイプ Sサイズ 22枚入り		テープ止めタイプ Sサイズ 22枚入り	
テープ止めタイプ Mサイズ 15枚入り		テープ止めタイプ Mサイズ 15枚入り	
テープ止めタイプ Lサイズ 13枚入り		テープ止めタイプ Lサイズ 13枚入り	
尿とりパッド 90枚入り		尿とりパッド 90枚入り	
変更の理由			