

(別記様式1)

紙オムツ給付申請書

社会福祉法人
片品村社会福祉協議会長様

令和 年 月 日
申請者 氏名 印

私は、下記事業の注意事項を遵守した上で、利用申請を致します。

利用者	住所	氏名
	電話：0278－ ー	性別： 男 ・ 女
	生年月日：明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	
	要介護度： 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	身体障害者手帳： 有 (種 級) ・ 無	

※ 希望するものに○をしてください。

種 類	平オムツ ・ パンツタイプ (マジックテープ止め) はくパンツ ・ その他 ()
サ イ ズ	S ・ M ・ L LL ・ その他 ()
商 品 名	

上記の者は、事業の対象者であることを確認し、ここに証明致します。

介護支援専門員 ・ 相談支援専門員	担当 民生委員
令和 年 月 日	令和 年 月 日
氏 名 印	氏 名 印