

紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

稲城市社会福祉協議会会長 殿

申請者 住所 稲城市

電話

氏名

印

1 ご利用いただく方

ふりがな 氏名		男 女	明治 大正	昭和 平成	年	月	日	歳
住所	稲城市		電話					

2 主に介護されている方

ふりがな 氏名		続 柄		昭和 大正	年	月	日	歳
------------	--	--------	--	----------	---	---	---	---

3 ご利用いただく方の状況

障 害 名								
生活の状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり		<input type="checkbox"/> 日中もベッドがほとんど					
	<input type="checkbox"/> 起きられるがあまり動けない		<input type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立					
	<input type="checkbox"/> 日常生活はほぼ自立している		<input type="checkbox"/> それ以外()					
排 泄	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> トイレ		<input type="checkbox"/> ポータブル		<input type="checkbox"/> おむつ			
おむつの使用	<input type="checkbox"/> 時々		<input type="checkbox"/> 夜間のみ		<input type="checkbox"/> 一日中			
希望のおむつ	<input type="checkbox"/> 平型		<input type="checkbox"/> テープ型		<input type="checkbox"/> リハビリ型		<input type="checkbox"/> 尿とりパッド	
					サイズ			
ご希望の紙おむつの品番及び必要数をご記入ください。								

4 配達先(②を選択された方は、氏名等以下の項目を記入して下さい)

① 1のご利用いただく方の住所に配達して下さい。 ②下記の住所に配達して下さい。(市内に限る)			
ふりがな 氏名		ご利用者 との関係	
住所	稲城市	電話	

※ 「身体障害者手帳」、「愛の手帳」または、「精神障害者保健福祉手帳」の写しを添付してください。

※ 今回ご記入いただきました「紙おむつ支給申請書」に記載された個人情報につきましては、「紙おむつ支給事業」の円滑な実施を目的とする以外には使用致しません。