

紙おむつ 申込書

高・障
新規・継続

紙おむつ種類

1	ゲーン テープ 新生児小さめ	21	お肌にやさしい吸水パット 100CC
2	ゲーン テープ 新生児用5キロまで	22	お肌にやさしい吸水パット 150CC
3	ゲーン テープ S		
4	ゲーン テープ M	23	Lパットスーパー
5	ゲーン テープ L		
6	ゲーン パンツ ビック	51	オンリーワンパンツ 前後フリー S
7	ゲーン パンツ ビックより大きい	52	オンリーワンパンツ 前後フリー M
8	ゲーン パンツ スーパービック	53	オンリーワンパンツ 前後フリー L-LL
9	ゲーン パンツ M	54	オンリーワン 幅広テープ S
10	ゲーン パンツ L	55	オンリーワン 幅広テープ M
11	ゲーン 安心トレーニングパッド	56	オンリーワン 幅広テープ L
		100	寄付 オムツ

使用する方

フリガナ	性別	生年月日
	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日(満 歳)

東京都台東区	丁目	番	号
電話 ()			

現況

- ①介護保険 申請中 未申請(理由)
- ②お持ちの手帳 障害者手帳 種 級 愛の手帳 種 度
- ③一か月のおむつの使用枚数 約 _____ 枚
- ④現在使用しているオムツの種類 _____
- ⑤オムツが必要な理由 ()

申込者

上記のとおり申込みます。

社会福祉法人 台東区社会福祉協議会 会長様

申請日 _____年 _____月 _____日 受取希望月 _____月

住所

氏名 ㊟ 使用者との続柄

社協記載事項欄	新規・継続・高齢者・障害者 受付担当【 _____ 】 オムツ番号【 _____ 】
	確認事項・特記事項