

紙おむつ種類変更希望申請書

年 月 日

《申請者》

住 所

氏 名

(続柄)

電話番号

利用対象者

個人番号			
住 所	大和郡山市	電話番号	
ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年 齢	歳

※希望する用品とサイズに○印を付けてください。

	種 類	枚 数	サ イ ズ
	フラットタイプ	月／120枚	
	パンツタイプ (テープ式)	月／60枚	(1) S (2) M (3) L
	リハビリタイプ (はくパンツ)	月／30枚	(1)S (2)M (3)L (4)LL
	尿取りパット	月／240枚	

《備 考》

※ 4種類のおむつの中から希望のタイプを選択（2種類まで併用可）

※ 2種類希望の場合は、半分の枚数になります。