

別紙【紙おむつ給付事業】

対象者	フリガナ			
	氏名			
ご連絡先	※ 平日、日中に連絡の取れる方について入力してください。			
	フリガナ			続柄
	氏名			
	電話番号	○ 自宅    ○ 携帯    ○ その他    [                      ]		
	電話番号	○ 自宅    ○ 携帯    ○ その他    [                      ]		
ケア マネ ジャー	事業所名			
	担当者			
	電話番号			
配送先	※ 対象者宅以外を希望する場合のみ入力してください。（川越市内に限ります。）			
	フリガナ		住所	
	氏名			
希望する 配送業者 名				

現在ご使用中、もしくは希望する商品名について入力してください。  
（商品名が不明な場合には、後日、配送業者と相談してください。）

メーカー	種別	商品名	サイズ	個数
	○ テープ止め ○ パンツ型 ○ 尿取りパッド ○ その他			個
	○ テープ止め ○ パンツ型 ○ 尿取りパッド ○ その他			個
	○ テープ止め ○ パンツ型 ○ 尿取りパッド ○ その他			個