

別紙【紙おむつ給付事業】

対象者	フリガナ		
	氏名		
<p>※ 平日、日中に連絡の取れる方について入力してください。</p>			
ご連絡先	フリガナ		
	氏名	続柄	
	電話番号	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> その他 [] <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> その他 []	
ケア マネ ジャー	事業所名		
	担当者		
	電話番号		
配送先	<p>※ 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。)</p>		
	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
	<input type="radio"/> テープ止め <input type="radio"/> パンツ型 <input type="radio"/> 尿取りパッド <input type="radio"/> その他			個
	<input type="radio"/> テープ止め <input type="radio"/> パンツ型 <input type="radio"/> 尿取りパッド <input type="radio"/> その他			個
	<input type="radio"/> テープ止め <input type="radio"/> パンツ型 <input type="radio"/> 尿取りパッド <input type="radio"/> その他			個