

# 令和6年度 家族介護用品注文書

令和 年 月 日

串本町役場福祉課 宛

(注文者) 住所  
氏名  
対象者との続柄( )  
電話番号

対象者	氏名	
	住所	

● 支給希望用品

用 品	サ イ ズ	【備考】 注文書提出後に支給 希望用品の種類・サイ ズ・数量を変更するこ とはできませんので、注 文書提出前に注文内 容を必ずご確認ください。
<input type="checkbox"/> おむつカバー併用タイプ	<input type="checkbox"/> レギュラー ( 箱)	
<input type="checkbox"/> テープ式紙おむつ	<input type="checkbox"/> S ( 箱)	
	<input type="checkbox"/> M ( 箱)	
	<input type="checkbox"/> L ( 箱)	
<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> S ( 箱)	
	<input type="checkbox"/> M ( 箱)	
	<input type="checkbox"/> L ( 箱)	
	<input type="checkbox"/> LL ( 箱)	
<input type="checkbox"/> 尿取りパット ※ビッグA～Cの吸収回数は、1回当たり 約150cc程度とした場合の目安	<input type="checkbox"/> 男女兼用 ( 箱)	
	<input type="checkbox"/> ビッグA ( 箱) (吸収回数 約5回分)	
	<input type="checkbox"/> ビッグB ( 箱) (吸収回数 約6回分)	
	<input type="checkbox"/> ビッグC ( 箱) (吸収回数 約8回分)	

● 受取可能な時間

いつでも可  午前可  午後可

● 受取可能な曜日

いつでも可  曜日以外可

● 配達希望先の変更(申請書に記載した住所への配達の場合は記入不用)

対象者の住所  申請者の住所

その他の家族等

住所  
氏名  
対象者との続柄( )  
電話番号

※配達希望先は町内に限ります。