令和　年度　家族介護用品注文書

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	
□ おむつカバー併用タイプ	□ レギュラー（　箱）	【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。
□ テープ式紙おむつ	□ S（　箱）	
	□ M（　箱）	
	□ L（　箱）	
□ リハビリパンツ	□ S（　箱）	
	□ M（　箱）	
	□ L（　箱）	
	□ LL（　箱）	
□ 尿取りパット ※ビッグA～Bの吸収回数は、1回当たり約150cc程度とした場合の目安	□ 男女兼用（　箱）	
	□ ビッグA（　箱） （吸収回数　約5回分）	
	□ ビッグB（　箱） （吸収回数　約6回分）	

● 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。