介護用品申込書

平成　　年　　月　　日

下記のとおり申し込みます。

申請者	氏名	印	対象者との続柄	
	住所		ＴＥＬ　　（　　）	
対象者	氏名		男・女	生年月日
	住所		ＴＥＬ　　（　　）	
	介護保険の要介護度に該当する介護度に○印をつけて下さい 要介護３　　要介護４　　要介護５			
社協会員	該当する項目に○印をつけて下さい　　会員　・　非会員			
	介護用品支給・福祉機器の貸出・まごころサービス等の事業は会員の皆さんからの会費で運営されています。			

◎ 希望するもの（１種類）及びサイズに○印をつけて下さい。

（　　）　紙おむつ　フラットタイプ（おむつカバーを使うもの）

（　　）　紙おむつ　（おむつカバーのいらないもの）

Ｓ　（ウエスト５７～８７）
Ｍ　（　〃　７７～１１０）
Ｌ　（　〃　９２～１２４）

（　　）　リハビリパンツ（はくタイプの紙おむつ）

Ｓ　（ウエスト５０～７０）
Ｍ　（　〃　６０～８５）
Ｌ　（　〃　７５～１００）
ＬＬ（　〃　９０～１２５）

なお、尿取りパットを適宜組み合わせて入れておりますので、下記の（　　）へ○印の記入をお願いします。

尿取りパット　　必要（　　）　・　不要（　　）

参考のため、現在お使いになっている紙おむつのメーカー（商品名）とサイズをご記入ください。

商品名　（　　）
サイズ　（　　）

事業所名		ケアマネ氏名	

※ 事務連絡の際、必要になりますので、必ず担当のケアマネージャーをご記入下さい

	1回目	2回目	3回目
介護度確認欄			

※事務局記入欄