

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ぬもの）

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

介護度確認欄	1回目	2回目	3回目

※事務局記入欄