

【 記載例 】

様式第 1 号

紙おむつ等配付申請書

記入しないで
ください

申請内容について把握されてい
る方の氏名、住所等
※確認事項がある場合、お問合せを
させていただくことがあります。

年 月 日

会長 宛
ふりがな **こしがや たろう**
(申請者) 氏 名 **越谷 太郎** 利用者との続柄 **夫**

紙おむつ等を使用する方の
氏名、住所等

住 所 **越谷市越ヶ谷4-1-1**
電話番号 **048-966-2251**

紙おむつ等配付について次のとおり申請いたします。

利 用 者	ふりがな	こしがや はなこ ※ふりがなは必ずご記入ください。		
	氏 名	越谷 花子		
	住 所	〒 343-0813 ※郵便番号も必ずご記入ください。 越谷市越ヶ谷4-1-1		
	電話番号	048-966-2251		
	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 25 年 2 月 5 日 5 令和		
	性 別	1 男 2 女		
送 付 先	1 申請者宅 2 利用者宅 3 その他（下記送付先に記入）			
	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 越谷市		
	電話番号			
備 考	月・水・金曜日の午前中は在宅しています。			
	受け取り可能な曜日や 時間帯がありましたら ご記入ください。			

送付先が「3. その他」の
場合のみ記入

送付先は越谷市内のみ

書類確認

受付者

※裏面もございます。

1 希望する配付業者をお選びください

1つの業者を選びマルしてください。
※複数の業者から商品は選べません。

① 高橋医科器械店 ② 成玉舎 ③ 日本ケーシステム

2 希望する紙おむつ（パッド）の商品番号、個数等をご記入ください。

<大人用>

	商品番号	単価	個数	合計金額
1	5	2,000円	2個	4,000円
2	46	1,000円	2個	2,000円
3		円	個	円
		円	個	円
5		円	個	円
6		円	個	円

希望配付業者カタログの
商品番号を記入

<子供用>

	商品番号	単価	個数	合計金額
1		円	個	円
2		円	個	円
3		円	個	円
4		円	個	円

総合計金額	6,000円
自己負担金額 (総合計金額－5,000円)	1,000円

※合計購入金額が5,000円を超えた分は自己負担となります。

※9月10日以降、申し込み後に商品を変更する場合は、配付業者
にご連絡をお願いします。