

令和 年 月 日

ふりがな
(申請者) 氏 名 利用者との続柄

住 所 越谷市

電話番号 _____

利用者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 越谷市		
	電話番号			
	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年	月 日
	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		利用者との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒 越谷市		
	電話番号			
備考				

受付者

1 希望する配付業者をお選びください（○で囲む）。※1社のみ

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		円	個	円
2		円	個	円
3		円	個	円
4		円	個	円
5		円	個	円
6		円	個	円

<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	円
自己負担金額 (総合計金額－5,000円)	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。