（様式１）

紙おむつ配布申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人御宿町社会福祉協議会
会　　長　　井　上　宙　丈　様

紙おむつの配布を受けたいので、申請いたします。

申請者　住　所　御宿町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電　話　６８－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者名		生年月日	年　　月　　日	性別	

障　害　者		高　齢　者
手帳交付年月日 年　　月　　日・申請中		寝たきりになった時期 年　　月位
障害名		寝たきりになった原因（主なもの）
級別	種　　級	

本人の状況
□全く移動は不可能（布団の中から出られない）
□介助があれば屋内での移動が可能（別の場所で食事が可能）
□歩行器・車いす等があれば自分で移動可能
（時間はかかるが自分で移動ができる）
□移動はできるが尿意がわからない
□その他（
）

民生委員の証明 及び特記事項	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 民生委員氏名　　印 ・パンツタイプ　　大きさ ・テープタイプ　　S ・ M ・ L～LL

※　　━━ は該当があるものだけ記入