決裁	課長	査察指導	担当ＣＷ

連絡先
泉大津市社会福祉事務所
生活福祉課
〒595-8686
泉大津市東雲町 9-12
℡0725-33-1131

被服費（おむつ）支給申請書

別添見積書（請求書）による費用が必要ですから支給してください。

申請者
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（これより下は、病院で記入してもらってください）

1　被保護者の状況（該当事項を○で囲む）

常時臥床　　常時失禁　　時々失禁

排便の誘導ができない　　便器の使用ができない

2　1日に必要なおむつの数　（　　組）

紙おむつ　　貸しおむつ　　布おむつ　　おむつ洗濯

3　今後おむつを引き続いて使用しなければならない

見込み期間　（約　　ヶ月）

上記に相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

医療機関　所在地
名　　称
院（所）長　　印

（注）見積書または、請求書を添付してください。