

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
 TEL0725-33-1131

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。

住所_____
 申請者 氏名_____印_____

(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。

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。