

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。

申請者 住所 _____
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。