

# 心身障害者 おむつ配送申出書

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

杉並区長 宛

下記のとおり申請します。なお資格認定に当たっては、必要な区の保有する個人情報の利用に同意します。また、支給決定された場合には、下記の項目を配送業者に提供することに同意します。

フリガナ 障害者氏名			認定番号	※係員記入欄		
			支給開始月	※係員記入欄 年 月		
併給チェック	高齢者介護用品支給でおむつ支給サービスを受けていますか ・ はい ・ いいえ					
おむつ等 種類・個数	製品番号	製品名	サイズ	税込単価	個数	小計
				円		円
	製品番号	製品名	サイズ	税込単価	個数	小計
				円		円
	製品番号	製品名	サイズ	税込単価	個数	小計
				円		円
					税込額 合計	円
※合計金額が税込8,000円以内になるように申請してください。						
配送先	・ 自宅（住民票の住所） ・ 自宅以外の場合のみ、以下に住所、宛先、電話番号を記入してください。 ※東京都以外に配送する場合は、配送料金の実費は自己負担となります。					
	〒 —					
	宛先			電話番号		
不在時の置配	いずれかに○をしてください。 ※プライバシーに配慮し、内容のわからない段ボールにて配送しています。 ※盗難などへの補償は行っていません。あらかじめご了承ください。					
・ 可 ・ 不可						
注意事項 配送時の希望 その他	置配の場所など要望がある場合記入してください。日にち、時間などの指定は対応できません。					