中央区高齢者紙おむつ注文票

新規申請時用

対象者	住　　所 （おむつ使用者）	〒 中央区	本人 電話	
	配　送　先 ※区内以外は、 別途配送料がかかります （病院・有料老人ホーム等含む）	□上記に同じ　□その他（以下にご記入ください）		
		〒	配送先 電話	
	ふりがな		おむつ 認定番号	※区使用欄
	氏　　名			

注文者 氏名		続柄 （または事業所名）		注文者 電話	
配達希望事項 （希望がある場合、以下の注意事項をご確認いただきご記入ください。）				□座振替 （自動引き落とし） ※ゆうちょ銀行のみ	□ 希望する ※口座の登録完了までは代引きとなります。 ※初回の配達時に口座振替登録用紙を同封します。

※特定の曜日・時間指定は不可（平日休日・午前午後の指定は可能）。
※置き配・宅配BOXの利用には口座振替の登録が必要です。
※天候や交通状況によっては希望に添えない場合がございます。

◎以下の注意事項にご注意いただき、商品をお選びの上、ご記入ください。
※今年度の「中央区高齢者紙おむつ等支給事業のご案内」から**40点以上**で商品をお選びください。
なお、70点を超えてご注文した場合、超過分は自己負担になります。
※３か月以上「保管期間切れ」や「受取拒否」が続く場合、配達を休止させていただく場合があります。
また、おむつ等が不要となったときや、在庫過多の場合はその旨ご連絡ください。

識別番号	商品名	サイズ	１袋点数	注文袋数	点数
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			点	袋	点
			合計	袋	点

40点以上になっているかご確認ください。

◇◆◇◆◇注文票は、コピー等してお使いください。◇◆◇◆◇

商品変更・休止に関するお問い合わせ：白十字販売株式会社　おむつ相談係

FAX　０３－５９５０－６２５３　　TEL　０１２０－１５７－２９０

※区使用欄	令和　　年度　　月分新規	自己負担	０	１	２