

対象者	住所 (おむつ使用者)	〒 中央区		電話	
	配送先	□上記に同じ □その他(以下にご記入ください)			
	※区内以外は、 別途送料がかかります (病院・有料老人ホーム等 含む)	〒		電話	
	ふりがな			おむつ 認定番号	※区使用欄
氏名					
配達希望事項 ※特定の曜日・時間指定は不可 (午前午後・平日休日の指定は可) ※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。					

◎令和6年度「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の上、ご記入ください。

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。

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