令和６年度　　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	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）		
		〒	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
			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

※区使用欄	令和６年度　　月分新規	自己負担	０	１	２