申請日：令和　　年　　月　　日

社会福祉法人那覇市社会福祉協議会

那覇市社協ボランティア・市民活動センター

障がい（児）者 紙オムツプレゼント事業申請書

　ふ　　　　　り　　　　が　　　　な

申請者　氏　名

　　　　　　　　　　住　所

電　話

本人との続柄

※申請事業者に決定連絡いたします。連絡調整の可能な方を記入して下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 | ふ　　　　り　　　　　が　　　　な　　　 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　才） |
| 本人住所 | 〒那覇市**※申請と配送先が異なる場合は事前に相談すること** | 電話 | 　　　　　続柄　　　　　　　　　　 |
| **障がい手帳・療育手帳等の情報（持っていない場合は理由や下段に状況を記載ください）** |
| 手帳の番号 |  |
| 障がい名 |  | 等級や程度 |  |
| （その他連絡事項） |
| 必要なものを〇で囲んでください　小人 / 大人　　　　　　　サイズ ： 新生児 ・ S ・ M ・ L ・ ＬＬ ・ ３L ・ パッド ・ その他 |
| 確認事項**※①～④****すべてに該当する方** | 1. 基本的に那覇市に在住し、施設に入居（予定）していない者
2. 在宅で常時紙オムツを使用している障がい（児）者手帳等を

所有する者1. 生活保護を受給していない者
2. 紙オムツの支援制度（日常生活用具給付等）を受けていない者
 |
| 福祉・医療機関等の意見書 |
| 関係機関名 |  |
| 記入者 |  | ＴＥＬ |  |
| 本人に関する意見（※身体及び生活状況など必要とされる理由） |

※現在使用中のメーカーの紙オムツを取り扱っていない場合もありますのでご了承下さい。

連絡先：ボランティア・市民活動センター（那覇市社会福祉協議会）

〒901-0155　那覇市金城2-5-4　那覇市総合福祉センター2F

　　　　　　　　　TEL:857-7766／FAX:857-6052（担当：上原かおり）