

紙おむつ給付選択表 (希望する番号とサイズを○で囲む)

支給対象者氏名 _____

※給付については給付決定のあった翌月からとなります。

※紙おむつは、3カ月毎に配達となります。(配達月：5月、8月、11月、2月)

※下記の表の枚数は3カ月分の枚数です。

番号	内容	サイズ		3カ月分の支給枚数
1	テープ止めタイプ ※右欄はヒップサイズ	S～M	60～85cm	90枚
		M	70～95cm	90枚
		L	90～125cm	90枚
2	パンツタイプ ※右欄はウエストサイズ	S～M	55～75cm	90枚
		M～L	60～95cm	90枚
		L～LL	80～125cm	90枚
3	尿取りパット	幅21cm×長さ48cm		450枚
4	テープ止めタイプ + 尿取りパッド	S～M	番号1と同様	60枚
		M		60枚
		L		60枚
5	パンツタイプ + 尿取りパッド	S～M	番号2と同様	60枚
		M～L		60枚
		L～LL		60枚

高齢者支援課 支援班 73-0033

野栄総合支所 67-3111