【令和６年度給付用】

紙おむつ給付選択表（希望する番号とサイズを〇で囲む）

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。

<table>
<tr><th>番号</th><th>内容</th><th colspan="2">サイズ</th><th colspan="2">３カ月分の支給枚数</th></tr>
<tr><td rowspan="3">1</td><td rowspan="3">テープ止めタイプ
※右欄はヒップｻｲｽﾞ</td><td>Ｓ～Ｍ</td><td>60～85cm</td><td colspan="2">９０枚</td></tr>
<tr><td>Ｍ</td><td>70～95cm</td><td colspan="2">９０枚</td></tr>
<tr><td>Ｌ</td><td>90～125cm</td><td colspan="2">９０枚</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2</td><td rowspan="3">パンツタイプ
※右欄はウェストｻｲｽﾞ</td><td>Ｓ～Ｍ</td><td>55～75cm</td><td colspan="2">９０枚</td></tr>
<tr><td>Ｍ～Ｌ</td><td>60～95cm</td><td colspan="2">９０枚</td></tr>
<tr><td>Ｌ～ＬＬ</td><td>80～125cm</td><td colspan="2">９０枚</td></tr>
<tr><td>3</td><td>尿取りパット</td><td colspan="2">幅 21cm×長さ 49cm</td><td colspan="2">４５０枚</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4</td><td rowspan="3">テープ止めタイプ
＋
尿取りパッド</td><td>Ｓ～Ｍ</td><td rowspan="3">番号１と同様</td><td>６０枚</td><td rowspan="6">＋尿取り
パット
１５０枚</td></tr>
<tr><td>Ｍ</td><td>６０枚</td></tr>
<tr><td>Ｌ</td><td>６０枚</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5</td><td rowspan="3">パンツタイプ
＋
尿取りパッド</td><td>Ｓ～Ｍ</td><td rowspan="3">番号２と同様</td><td>６０枚</td></tr>
<tr><td>Ｍ～Ｌ</td><td>６０枚</td></tr>
<tr><td>Ｌ～ＬＬ</td><td>６０枚</td></tr>
</table>

高齢者支援課　支援班　　７３－００３３

野栄総合支所　　６７－３１１１