

② 「歳末援護品贈呈事業」 — 紙おむつの贈呈 —

対象者

令和6年10月1日現在、蓮田市に居住し紙おむつを必要とする次の（ア）（イ）（ウ）のいずれかに該当するかた

- （ア） 介護保険の要介護認定の結果、要支援1または2、要介護1または2の認定を受けているかた
- （イ） 蓮田市介護予防・日常生活支援総合事業対象のかた
- （ウ） 身体障害者手帳4、5、6級、療育手帳C、精神障害者保健福祉手帳2、3級の交付を受けているかた

※基準日（令和6年10月1日）に施設入所中・入院しているかたは対象となりません。

※本会の紙おむつ支給事業をご利用されているかたは対象となりません。

贈呈内容

尿取りパッドまたはリハビリパンツのいずれか一種類を贈呈します。（歳末たすけあい募金額により変更することがあります）

提出書類

- ①令和6年度「歳末援護品贈呈事業」（紙おむつ）申請書…《下記》
- ②介護保険被保険者証、障害者手帳のいずれかの写し（有効期限内のもの）

提出期限

令和6年11月13日（水）までに持参または郵送（必着）

提出先・問合せ

蓮田市社会福祉協議会 歳末援護事業担当
〒349-0121 蓮田市関山4-5-6 電話 048-769-7111

（キリトリ）

令和6年度「歳末援護品贈呈事業」（紙おむつ）申請書

社会福祉法人 蓮田市社会福祉協議会 宛

令和6年 月 日

歳末援護品贈呈事業に必要な書類のコピーを添えて下記のとおり申請します。

申請者	ふりがな		電 話	
	氏 名		携帯電話	
	住 所	〒 - (アパート名・部屋番号まで記入)	対象者 との続柄	
(使用 する 人)	ふりがな		電 話	
	氏 名	(男・女)	添付書類の コピー	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	住 所	〒 - (アパート名・部屋番号まで記入) 蓮田市	(該当するところ に○をつける)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳

希望する紙おむつの種類 (いずれか1品)	品 名	希望に○ をつける	製品サイズ（横×縦）等の目安		贈呈数の目安
大人用	尿取りパッド	<input type="checkbox"/>		20cm×48cm	1袋30枚×3袋
	リハビリパンツ (男女兼用)	<input type="checkbox"/>	S	ウエストサイズ 55～75cm	1袋22枚×2袋
		<input type="checkbox"/>	M	ウエストサイズ 65～90cm	1袋20枚×2袋
		<input type="checkbox"/>	L	ウエストサイズ 80～105cm	1袋18枚×2袋
子ども用	尿取りパッド	<input type="checkbox"/>		10.5cm×29cm	1袋22枚×2袋
	リハビリパンツ (男女兼用)	<input type="checkbox"/>	M	体重 7～12kg	1袋52枚×1袋
		<input type="checkbox"/>	L	体重 9～14kg	1袋44枚×1袋
		<input type="checkbox"/>	Big	体重 12～20kg	1袋38枚×1袋
		<input type="checkbox"/>	Bigより大きい	体重 13～25kg	1袋34枚×1袋
<input type="checkbox"/>	スーパーBig	体重 15～35kg	1袋14枚×2袋		

※提出された個人情報、本事業と当会が実施する事業以外の目的には使用しません。