

おむつ等介護用品配達事業者希望調査票

年 月 日

魚津市長 あて

申請者 住 所

氏 名

(続柄)

電話番号 ()

下記のとおり、おむつ等介護用品の配達事業者に希望します。なお、併せて負担額区分を配達事業者に通知することを承諾します。

支給者情報	住 所	
	氏 名	
	支給者番号	
負担額区分	※選択し、()に○を記入してください () 補助割合 9 割 () 補助割合 7 割	
配達事業者	※次の配達事業者から 1者を選択 し、()に○を記入してください。 複数の事業者を選択することはできません。 1. () (株)フラックス おむつ専門店 むつきや 2. () (有)北陸ケアサービス 3. () (株)ハートケアサービス 4. () (有)重松 5. () (株)イリス	
配達先住所	(<input type="checkbox"/>) 支給者情報に同じ 魚津市	
連絡先	※事業者といつでも連絡がとれる電話番号を記載してください。	