



Fax 注文書

(072-422-1022)

岸和田市 在宅高齢者紙おむつ給付券

氏名 : _____

届先住所（配達先） : _____

連絡先（電話番号） : _____ - _____ - _____

配達希望日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（配達希望日につきましては、電話にてご相談させていただきます。）

注文内容（岸和田市 在宅高齢者等おむつ給付事業商品カタログよりお選びください。）

| 品番 | 商品名 (サイズ・入数) | 数量 | 単価 | 金額 |
|-----|-----------------|----|----|----|
| - | (. 枚入) | | | |
| - | (. 枚入) | | | |
| - | (. 枚入) | | | |
| - | (. 枚入) | | | |
| - | (. 枚入) | | | |
| 合計額 | | | | 円 |

利用限度額（月 6,000 円）を超えて利用した場合は、超えた金額分が自己負担となります。
自己負担金は配達時にお支払いください。

平松十字堂薬局 宛

FAX 送信先 : 072-422-1022