**年　　月配達分　介護用品注文書**

**奇数月配達用**

**（2か月分）**

　　年　　月　　日

㈱ロングライフ阿見営業所 御中

〒

申込者　住所　阿見町

氏名

電話

阿見町家族介護用品として，以下のとおり注文します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 商品番号 | 商品名・サイズ等 | 数量（袋） | 税込単価（円） | 金額（円） |
| おむつ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| パッド |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * **合計金額が支給限度額を超えないようにしてください** * **「外側のおむつ」「内側のパッド」それぞれ３種類まででお選びください（最大６種類まで）** | | | | 合計金額（円） |  |
| 支給限度額（円） | 8,000円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡のつきやすい曜日・時間帯  （後日，事業者から配達日時のご相談のお電話を差し上げます）  **※下記委託業者の営業時間内のみ** |  |
| その他連絡事項 |  |

**配達開始を希望する前月15日までにお申し込みください。**

商品の注文・変更・配達に関するご連絡先

㈱ロングライフ　阿見営業所

電話　029-886-6730　　FAX　029-886-6731

電話受付　午前9時～午後5時（土日祝日を除く）