様式第１０号

堺市高齢者紙おむつ給付台帳（　　年度）

（　　）保健福祉総合センター

番号	給付決定者氏名（申請者氏名）	住　所・電　話	要介護度・給付（支給）の方法等	各月給付（支給）額												備考
				1	2	3 (小計)	4	5	6 (小計)	7	8	9 (小計)	10	11	12 (小計)	