様式第４号（第８条関係）

紙おむつ給付サービス事業利用資格喪失通知書

　　第 　 号

　年 　月 　日

様

那珂川市長

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格喪失者 | 住 所 |  |
| 氏 名 |  |
| 理由発生年月日 | 年 　　月 　　日 | |
| 資格喪失理由  （１）施設入所  （２）病院・新療所に３ヶ月以上入院  （３）生活保護法に基づく紙おむつの給付  （４）転出  （５）死亡  （６）給付の辞退  （７）その他 | | |