様式第５号（第９条関係）

重度身体障害者紙おむつ利用資格喪失(住所等変更)届出書

 　 年　 月 　日

(あて先)那珂川市長

　　　　住　所

 　　　　　　　　　　　　　 氏　名 印

紙おむつ給付サービスについて、下記のとおり利用資格喪失(住所等変更)し

ましたので届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  |
| 住　所 | 那珂川市 |
| 理由発生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 資格喪失(変更)内容 |
| １　施設に入所した (施設の種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) ２　病院・診療所に３か月以上継続して入院するようになった３　生活保護法に基づく紙おむつの支給を受けるようになった４　転出した (転出先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)５　死亡した６　市県民税が課税された (対象者)７　給付の辞退８　住所・氏名の変更　　　　　(変更前)　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　(変更後) ９　その他 |

　※「資格喪失(変更)内容」の欄は、該当する番号に○印をつけ、（　）書き

のあるところはその内容を具体的に記入してください。