

様式第3号(第8条関係)

在宅高齢者、重度障害者等
紙おむつ給付対象者変更届

紙おむつ受給者について、次のとおり異動が生じたのでお届けいたします。

年 月 日

さくら市長 様

届出人住所

届出人氏名

電話番号

受給者氏名		行政区	
異動事由	<input type="checkbox"/> 紙おむつを使用しなくなった <input type="checkbox"/> 介護施設等に入所することになった <input type="checkbox"/> 病院に入院することになった <input type="checkbox"/> 受給者が死亡した <input type="checkbox"/> 受給者が他の市町村へ転出した <input type="checkbox"/> その他 ()		
異動年月日	年 月 日		