

記入見本

様式第4号(第8条関係)

在宅心身障害児(者)紙おむつ等受給者異動・喪失届出書

令和〇〇年〇〇月△△日

ふじみ野市長 宛て

対象者又は家族を記載してください。

自筆で記入して下さい。(PC入力不可)

住所 ふじみ野市福岡1-1-1
氏名 ふじみ野 太郎
電話番号 049-261-2611

下記のとおり申請内容が変更又は受給資格を喪失した(給付を辞退したい)ので届け出ます。

記

※1～5の記入用件は以下のとおり

- 1は住所又は氏名に変更が生じたとき
- 2は病院や施設等に入院(所)または退院(所)したとき
- 3・4は受給者の死亡や市外への転出等により紙おむつの受給要件を満たさなくなったとき
- 5は紙おむつの種類の変更等

1 住所又は氏名の変更

変更前	
住所 氏名	住氏 氏名

2 病院又は施設等への入退院(所)

入院(所)年月日	年 月 日	医療機関名 施設名
退院(所)年月日	年 月 日	医療機関名 施設名

3 受給資格の喪失理由

4 受給辞退 年 月 日から辞退する。

5 給付内容の変更