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

年　　月　　日

　ふじみ野市長　宛て

住所

氏名

電話番号

　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　住所又は氏名の変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
| 住所氏名 | 住所氏名 |

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