

紙おむつ等受給者異動(消滅)届

平成 年 月 日

(あて先) 中 央 区 長

(受給者) 住 所
氏 名
電話番号 ()

下記のとおり、異動(消滅)がありましたのでお届けします。

認 定 番 号			
変 更 事 由	<input type="checkbox"/> 住所を変更した。 (新住所 電話番号) <input type="checkbox"/> 紙おむつ等の受給をおむつ代の助成に変更したい。 (病院名) <input type="checkbox"/> おむつ代の助成を紙おむつの受給に変更したい。 (配達先 電話番号)		
消 滅 事 由	<input type="checkbox"/> 死亡した。 <input type="checkbox"/> 転出した。(転出先) <input type="checkbox"/> 入所した。(入所先) <input type="checkbox"/> 回復した。 <input type="checkbox"/> 辞退する。(理由)		
異 動 (消 滅) が 発 生 し た 日		年 月 日	

- ※ 1 受給者とは、おむつを使用されている方です。
- 2 該当する□内に、印をつけてください。

区処理欄	受付	確認入力	受付場所				課・非
			認 定 番 号	第	号	番 号	