

紙おむつ等受給者異動(消滅)届

年 月 日

(宛先) 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。

記

認 定 番 号			
変 更 事 由	<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"/> おむつ代の助成を受けている病院を変更したい。 (病院名)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
消 滅 事 由	<input type="checkbox"/> 入所した。(入所先)		
	<input type="checkbox"/> 辞退する。(理由)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
異 動 (消 滅) が 発 生 し た 日	年 月 日		

- ※ 1 受給者とは、中央区寝たきり高齢者紙おむつ等支給要綱に基づき支給された紙おむつ等又は同規定によるおむつ代の受給を受けている方です。
- 2 該当する□内に✓印を付けてください。

申請手続きをした方(受給者と同じ場合は記入不要)				
氏名 (事業所名)		住所		
		続柄	電話	

(区処理欄)

受付	確認入力	受付場所	認定番号	宛名番号	課税・非課税