

紙おむつ等受給者異動(消滅)届

〇〇年 ××月 ××日

(宛先) 中央区長

(受給者) 住所 中央区築地1-1-1
氏名 中央 太郎
電話番号 (0000) 0000

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	0000(不明の場合は空欄で構いません)		
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)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>該当事由にチェック「✓」いただき、病院名、入所先等も併せてご記入をお願いします。</p> </div>	
	<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	〇〇年	××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	中央 花子	住所	中央区月島4-1-1	
(事業所名)	〇〇ケアプランセンター	続柄	担当ケアマネジャー	電話 0000-0000