

島本町在宅年長者紙おむつ資格喪失届

年 月 日

島本町長様

届出者（受給者）

住 所 島本町

氏 名

印

対象者との続柄（ ）

電 話

島本町在宅年長者紙おむつ給付事業要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり届け出します。

記

対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名				
資格喪失 年 月 日		年 月 日			
資格喪失の 理由 (いずれかに○を つけてください)	1. 対象者と同居の介護者ではなくなったため 2. 対象者が介護認定で要介護1以上ではなくなったため 3. 対象者が死亡したため 4. 対象者が入院・施設入所したため 5. その他 ( )				

※届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。