

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

対象者（紙おむつを使用されるご本人）ではなく、申請者（介護者）についてご記入ください。



届出者（受給者）	
住 所	島本町
氏 名	⑧
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（紙おむつを使用されるご本人）についてご記入ください。



対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名				
資格喪失日		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、記名押印による署名のいずれかとすること。



受給資格がなくなった年月日と、その理由について、ご記入ください。