

様式第3号（第9条関係）

いなべ市在宅寝たきり高齢者等おむつ給付受給資格喪失届

令和 年 月 日

いなべ市社会福祉協議会長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

いなべ市在宅寝たきり高齢者等おむつ受給資格について、次のとおり届け出ます。

| | | | | |
|-------------|------|---|------|-------|
| 対 象 者 | 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | 住 所 | | 電話番号 | |
| | 生年月日 | M ・ T ・ S 年 月 日 (満 歳) | | |
| 変更年月日 | | 令和 年 月 日 () | | |
| 変更区分 | | <input type="checkbox"/> 要介護認定の変更 (要介護 → 要介護) <input type="checkbox"/> 施設等への入所 <input type="checkbox"/> その他 () | | |