

様式第3号(第8条関係)

鳩山町紙おむつ受給者異動・喪失届出書

令和 年 月 日

鳩山町長 宛て

申請者 住所  
氏名  
電話  
対象者との続柄 (本人・介護者)

鳩山町紙おむつ支給サービス事業実施要綱第8条の規定により下記のとおり届け出します。

記

受給者の氏名				
異動事由	区分	変更前	変更後	
	変更	住所		
		氏名		
		その他		
受給資格の喪失理由	<input type="checkbox"/> 町内に住所を有しなくなった <input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 入院又は施設等に入所した( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 心身の状況が回復し、対象者の要件を満たさなくなった <input type="checkbox"/> 受給を辞退する <input type="checkbox"/> その他( )			
異動事由発生年月日		年 月 日		