

堺市高齢者紙おむつ給付申請内容変更・給付辞退届出書

年 月 日

堺 市 長 殿

届出人 住所
氏名
(給付決定者との続柄)
電話番号

(届出人が自署しない場合は、
記名押印をしてください。)

次の理由により、堺市高齢者紙おむつ給付決定者について、申請内容の変更・給付の辞退を届け出ます。

給付 決定者	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所		
変 更 ・ 辞 退 の 理 由	1 死 亡	死亡年月日	年 月 日
	2 介護保険施設入所	施 設 名	
		入所年月日	年 月 日
	3 転 居	転居先住所	
		転 居 日	年 月 日
	4 要介護度の変更	要介護度	
		変 更 日	年 月 日
5 生活保護法による被保護世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯に属することとなった。	該 当 日	年 月 日	
6 その他			