

大田原市高齢者等紙おむつ等給付（変更・停止・資格喪失）届

大田原市長 様

住 所
氏 名

紙おむつ等の支給について、次のとおり届け出ます。

1 変 更	(1) 住所変更（新住所：大田原市 _____ ） ※配送場所を変更する場合は、自宅（配送先）略図も添付してください。 (2) その他（ _____ ）	
2 停 止	(1) 入院（ _____ 病院）（ _____ 年 月 日から） (2) （ 介護老人保健施設・介護療養型医療施設 ）へ入所 （施設名： _____ ）（ _____ 年 月 日から） (3) （ 短期入所生活介護・短期入所療養介護 ）を利用 （施設名： _____ ）（ _____ 年 月 日から） (4) その他（ _____ ）	
3 資 格 喪 失	(1) 介護度変更（ _____ に変更） (2) 死亡（ _____ 年 月 日） (3) 転出（ _____ 都道府県 _____ ）（ _____ 年 月 日） (4) 大田原市障害者紙おむつ等給付開始（ _____ 年 月 日から） (5) 生活保護法による一時扶助受給開始（ _____ 年 月 日から） (6) （ 介護老人福祉施設・養護老人ホーム ）へ入所 （施設名： _____ ）（ _____ 年 月 日から） (7) その他 _____	
	喪失年月日	年 月 日

※ 1 変更、2 停止、3 資格喪失のいずれか該当するものに○を付け、その理由（施設名又は年月日等）を記載してください。