

大田原市障害者紙おむつ等給付（変更・停止・資格喪失）届

大田原市長 様

住 所

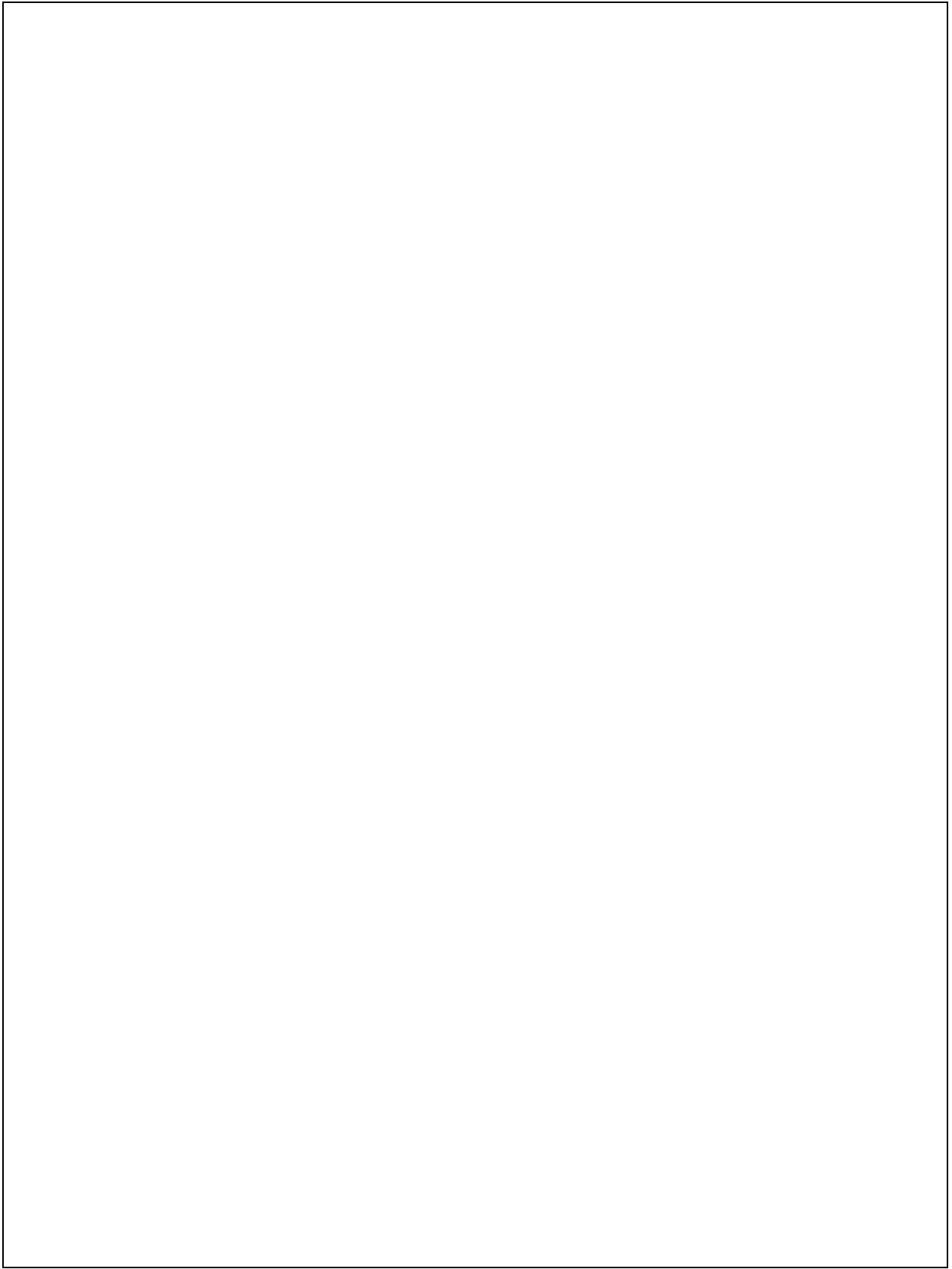
氏 名

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) 障害者入所施設へ入所 （施設名：（ ））（（ ） 年 月 日から） (3) （ 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） (4) （ 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） (5) その他	
3 資 格 喪 失	(1) 障害程度変更（（ ）に変更） (2) 死亡（（ ） 年 月 日） (3) 転出（（ ） 都 道 府 県）（（ ） 年 月 日） (4) 大田原市高齢者等紙おむつ等給付開始（（ ） 年 月 日から） (5) 日常生活用具費給付事業紙おむつ等給付開始（（ ） 年 月 日から） (6) 生活保護法による一時扶助受給開始（（ ） 年 月 日から） (7) （ 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） (8) 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（施設名や年月日等）を記載してください。

自宅（配送先）略図



注) 自宅（配送先）周辺の道路、目印、公共施設等を記入してください。