

## 紙おむつ受給資格喪失届

年 月 日

(宛先) 榎原市長

住所

申請者 氏名 (続柄 )

電話

下記の理由により、受給資格を喪失しましたので届け出ます。

### 記

受給者	氏名		生年月日	
	住所			
資格喪失年月日		年 月 日		
資格喪失内容		<input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> ねたきり状態・常時失禁状態の回復 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考				