

障がい者紙オムツ受給資格 変更・喪失 届

令和 年 月 日

（宛先）松阪市福祉事務所長

申請者 (住所) _____
 (氏名) _____
 (電話) _____

紙オムツの受給資格について、次のとおり 内容変更・資格喪失 の届を提出します。

対象者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	(歳)
変更内容	区 分	新	旧
	住 所		
	氏 名		
	障害程度		
	そ の 他		
資格喪失	資格喪失日	年 月 日	
	喪失理由		市外転出のため
			本人が死亡のため
			施設入所又は入院して3か月を経過したため
			所得制限（市民税所得割課税）に該当するため
			松阪市寝たきり高齢者等紙オムツ給付事業実施要綱による紙オムツの給付対象者に該当していたため。
	その他の理由 ()		