

在宅重度心身障害者おむつ給付受給資格喪失届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

おむつ給付の受給資格を喪失したので、次のとおり届け出ます。

利 用 者	フリガナ			
	氏名			
	住所	千葉市 区		
	連絡先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)	— —
		電子メールアドレス	@	
	納入業者名			
	受給資格 喪失の理由	<input type="checkbox"/> 死亡 (年 月 日)		
		<input type="checkbox"/> 転出 (年 月 日)		
		<input type="checkbox"/> 施設入所 (年 月 日)		
		<input type="checkbox"/> 長期入院 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
記 入 者	<input type="checkbox"/> 利用者が記入 (以下記入不要) <input type="checkbox"/> 親族等による記入 (以下も記入)			
	フリガナ		利用者との 関係	
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 利用者住所と同じ (記入不要) <input type="checkbox"/> 利用者住所と異なる (以下に記入)		
	連絡先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)	— —
電子メールアドレス		@		