様式第５号（第９条関係）

お　む　つ　支　給　廃　止　届

年　　月　　日

射水市長

住所

申請者　氏名

電話

次のとおりおむつ支給の廃止を届出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 射水市 | 電　話 |  |
| 氏　名 |  | 性　別 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 要介護認定 | 要介護（３・４・５） |
| 理由 | １　死亡２　転出３　介護保険施設等入所４　入院（概ね３か月以上）５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| ※市記入欄 | １　受給者番号（　　　　　　）　２　要介護度（　　　　）　　３　引換券返却　有・無 |