

# ねたきり高齢者等紙おむつ支給変更(取消)届

年 月 日

(あて先) 川口市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄  
(事業所名) \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

|             |   |   |                 |                                   |       |
|-------------|---|---|-----------------|-----------------------------------|-------|
| 対<br>象<br>者 | 住 所   | 川口市   |                 | 電話                                | ( )   |
|             | フリガナ  |   |                 |                                   |       |
|             | 氏 名   | 男 ・ 女   |                 |                                   |       |
|             | 生年月日  | 年 月 日 生( 歳)   |                 |                                   |       |
| 変<br>更      | 種類変更  | 変更前   | 商品番号 : _____    | サイズ : _____                       |       |
|             | ※翌月～  | 変更後   | 商品番号 : _____    | サイズ : _____                       |       |
|             | 配送先変更   | 変更前   | 川口市             | <input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ |       |
|             | <input type="checkbox"/> 当月～  | 変更後   | 川口市             | 電話                                | ( )   |
|             | <input type="checkbox"/> 翌月～  |   | (配送先宛名 : _____) |                                   |       |
|             | 一時中止  | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所<br><input type="checkbox"/> 当月～ <input type="checkbox"/> その他 [ 理由 : _____ ]<br><input type="checkbox"/> 翌月～ |                 |                                   |       |
| 再開          | <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所<br><input type="checkbox"/> 翌月～ <input type="checkbox"/> その他 [ 理由 : _____ ]   |   |                 |                                   |       |
| 取 消<br>(廃止) | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 市外転居<br><input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 課税<br><input type="checkbox"/> 当月～ <input type="checkbox"/> 辞退 [ 理由 : _____ ]<br><input type="checkbox"/> 翌月～ |   |                 |                                   | (受付印) |

<ご注意> 当月の変更は、商品受取後は対応できませんのでご了承ください。