

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) _____

申請者は、本人・ご家族名
または事業者名をご記入くだ
さい。

次のとおり申請します。

対 象 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 更	種類変更 ※翌月～	変更前	商品番号： _____ サイズ： _____		
		変更後	商品番号： _____ サイズ： _____		
	配送先 変更 ☐ 当月～ ☐ 翌月～	変更前	川口市 ☐ 対象者住所と同じ		
		変更後	川口市 電話 () (配送先宛名： _____)		
	一時中止 ☐ 当月～ ☐ 翌月～	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ その他 [理由： _____]			
	再 開 ※翌月～	☐ 退院 ☐ 退所 ☐ その他 [理由： _____]			
取 消 (廃止) ☐ 当月～ ☐ 翌月～	☐ 死亡 ☐ 市外転居 ☐ 施設入所 ☐ 課税 ☐ 辞退 [理由： _____]			(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。