

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。