

## 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	別紙の製品一覧に記載されている 商品番号・サイズをご記入ください。 (変更前の商品番号がわからない 場合は、未記入で構いません)			
	氏 名				
	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	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ	
		変更後	川口市 (配送先宛名 : )	電話	( )
一時中止 □当月~ □翌月~		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 [ 理由 : ]			
再開 ※翌月~		<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> その他 [ 理由 : ]			
取消 (廃止) □当月~ □翌月~		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 市外転居 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 辞退 [ 理由 : ]	(受付印)		

&lt;ご注意&gt;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。