様式第5号（第10条関係）

介護保険市町村特別給付おむつ支給事業利用変更届出書

年　　月　　日

　庄内町長　　　　　　　　　宛

届出者　住所

氏名

対象者との続柄

　下記の理由により変更がありましたので、庄内町介護保険市町村特別給付おむつ支給事業実施要綱第10条の規定により届け出します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  給  者 | 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 事　　 由 | | 1　死亡し、又は町外に転出したため。  2　町内で住所を変更したため。  3　介護保険施設に入所するため。  4　医療機関に3箇月以上入院するため。  5　おむつ支給を受ける必要がなくなったため。  6　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | |