第３号様式（第７条関係）

富津市高齢者紙おむつ等受給資格消滅届

年　　月　　日

富津市長　　様

申請される方（介護者）をご記入ください

申請者　住　所
　　氏　名
　　電　話
　　給付対象者との続柄

私は、紙おむつ等の受給資格について、次の事由が生じたので届け出ます。

給付対象者	住　所	富津市 給付を受けている方をご記入ください
	氏　名	生年月日　年　月　日
	被保険者番号	
消滅の理由 ※該当するものに☑してください		□施設入所のため □入院を月の半数以上しているため □支給要件（要介護３以上）を満たしていないため □支給要件（排尿・排便が全介助）を満たしていないため □支給要件（市町村民税本人非課税）を満たしていないため □ショートステイを月の半数以上利用しているため □本人死亡のため □その他（　　）
消滅時期		年　　月分から