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 |
| 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 |