

年 月 日

いの町在宅高齢者等紙オムツチケット受給資格消滅届

いの町長 様

届出者 住所
氏名
受給者との続柄
電話

下記のとおり、紙オムツチケットの受給資格が消滅しましたので届け出ます。

記

受給者氏名	
受給資格の 消滅事由	※ 下記の該当する番号に○をつけて下さい。 1 要介護高齢者等が支給要件に該当しなくなった。 2 受給者がいの町に住所を有さなくなった。 3 要介護高齢者等が3ヶ月以上入院又は入所している。 （病院、施設等の名称 ） 4 その他要件に該当しなくなった。 〔 〕 5 辞退する 辞退の理由： 〔 〕 ☐ 要介護高齢者の入院・入所期間が3ヶ月未満の場合 は辞退の必要がないことの説明を受けました。
消滅年月日	年 月 日

※町確認欄

チケットの残りについて

☐ なし

☐ あり（☐返却 ☐処分依頼）

いの町在宅高齢者等紙オムツチケット交付事業実施要綱第9条の規定により別紙通知書を送付してよろしいかと思います。

課長	課長補佐	係長	係