

様式第5号(第9条関係)

西郷村寝たきり等高齢者紙おむつ支給事業利用廃止届

西郷村長 様

紙おむつ支給事業について、下記のとおり廃止したいので届けます。

		申請年月日		年	月	日								
申請者	フリガナ													
	氏名													
	住所	〒												
	被保険者番号						電話番号						要介護状態区分	総合事業対象者 要支援 1 2
	個人番号								要介護 1 2 3 4 5					
	性別	男・女	年齢( 才)		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和								
提出 代行者	名称	該当に○(親族等、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者)												
	住所	〒												
	電話番号													
(親族等、事業者 介護支援専門員 の場合)	本人との関係(親族等の場合)													
廃止事項	<input type="checkbox"/> 転出 [ 転出月日: 年 月 日 ] <input type="checkbox"/> 死亡 [ 死亡月日: 年 月 日 ] <input type="checkbox"/> 施設入所 [施設名、入所月日: 年 月 日 ] <input type="checkbox"/> 辞退 [理由: ] <input type="checkbox"/> その他 [理由: ]													
廃止年月日	年 月 日													
給付券 返還枚数	<input type="checkbox"/> 最重度(5,800円) <input type="checkbox"/> 重 度(4,200円) × 枚 <input type="checkbox"/> 中 度(2,500円) <input type="checkbox"/> 軽 度(1,000円)													
備考	※廃止事由発生時以降の未使用給付券については返還してください。													