第５号様式（第13条関係）

心身障害者(児)紙おむつ受給資格（消滅・変更・辞退）届

　　　　　　年　　　月　　　日

　練　馬　区　長　殿

氏　名

（おむつ利用者との続柄　　　　　　　）

住　所

電　話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記のとおり紙おむつ受給登録の | 申請内容が変更になった  受給資格が消滅した | ので届け出ます。 |

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 | |  | | | 登録番号 | 第　　　　　　号 |
| 変  更  事  由 | □　住　　　所  □　氏　　　名  □　そ　の　他  ( 　　　　　) | | 変　更　前 | | 変　更　後 | |
|  | |  | |
| 消  滅  事  由 | □　練馬区の住民でなくなった。  □　病院に入院した。  □　施設に入所した。  □　生活保護受給となった。  □　他の制度による紙おむつの支給を受けることとなった。  □ 辞退する。  □　その他支給の要件に該当しなくなった。  　　具体的に記入 | | | | | |
| 異動が発生した日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | |

　該当する□に中にレ印をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住基 |  |  | 電算 |  |