

年 月 日

瑞 穂 町 長 様

申請者住所  
氏名  
電話

瑞穂町高齢者紙おむつ給付変更・消滅届

下記のとおり紙おむつ給付について変更・消滅したので届け出ます。

記

対象者氏名			
異 動 事 由		変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/> 住 所		
	<input type="checkbox"/> 氏 名		
	<input type="checkbox"/> その他		
消 滅 事 由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 施設に入所等 <input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
異 動 ・ 消 滅 年 月 日	<p style="text-align: center;">年 月 日</p>		

各項目の該当する□内に印をつけてください。