

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	<input type="checkbox"/> 住所	変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 氏名		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
消滅事由	<input type="checkbox"/> 練馬区の住民でなくなった。 <input type="checkbox"/> 病院に入院した。 <input type="checkbox"/> 施設に入所した。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給となった。 <input type="checkbox"/> 他の制度による紙おむつの支給を受けることとなった。 <input type="checkbox"/> 辞退する。 <input type="checkbox"/> 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□の中にレ印をつけてください。

住基		電算	
----	--	----	--