

四日市市高齢者おむつ支援中止申請書

四日市市長

四日市市おむつ等引換券の中止を次のとおり申請します。

			年 月 日	
申請者	氏名			対象者との続柄
	住所			
	電話			所属（事業所）
対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			
	住所	四日市市		
申請理由	該当するものに☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設へ入所するため <input type="checkbox"/> ケアハウス、軽費老人ホーム、養護老人ホーム又は有料老人ホームへ入所するため <input type="checkbox"/> グループホーム又はサービス付き高齢者向け住宅へ入居するため <input type="checkbox"/> 病院への入院が3か月を超えたため <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設又は介護医療院への入所が3か月を超えたため <input type="checkbox"/> 第7条第1項各号のいずれかに該当し、3か月以内に在宅にて生活する見込みがないため <input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受給することになったため <input type="checkbox"/> おむつ等引換券の支給が不要になったため			
入院 入所・入居先			入院日 入所・入居日	年 月 日

※以下は記入しないでください。

(伺) 次のとおり引換券の中止を決定してよろしいか。

支給中止月	令和 年 月									
支給中止理由	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設へ入所する <input type="checkbox"/> ケアハウス、軽費老人ホーム、養護老人ホーム又は有料老人ホームへ入所する <input type="checkbox"/> グループホーム又はサービス付き高齢者向け住宅へ入居する <input type="checkbox"/> 病院への入院が3か月を超えた <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設又は介護医療院への入所が3か月を超えた <input type="checkbox"/> 第7条第1項各号のいずれかに該当し、3か月以内に在宅にて生活する見込みがない <input type="checkbox"/> 生活保護法による保護受給 <input type="checkbox"/> おむつ等引換券の支給不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
決裁権者	課長	課長補佐	係長	係	起案者	文書取扱主任	起案日	令和	・	・
							決裁日	令和	・	・
課長							施行日	令和	・	・
							完結日	令和	・	・