

第4号様式（第9条）

印西市紙おむつ給付サービス受給資格喪失届

年 月 日

印西市長 様

住 所  
届 出 者 氏 名  
電 話 ( )

下記のとおり紙おむつ給付サービスの受給資格がなくなりましたので、届け出ます。

記

利用者	住 所	印西市		電 話	( )	
	氏 名		生年月日	年 月 日	性 別	男・女
廃止の理由	1 施設や病院等に入所（入院）したため 2 市外に転出したため 3 死亡したため 4 その他 ( )					
廃止年月日	令和 年 月 日					
備 考						