

第4号様式（第9条）

紙おむつ給付サービス受給資格喪失届

年 月 日

（あて先）印西市長

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

受給者	住 所	電 話	
	氏 名	生年月日	年 月 日
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	年 月 日		
備 考			