

呉市紙おむつ購入助成券・福祉タクシー乗車券使用廃止届

☐ 障害者紙おむつ券

☐ タクシー券

令和 年 月 日

呉市長様

届出者（本人届出の場合は記入不要）

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

※日中に連絡の取れる電話番号

受給者との続柄 _____

次のとおり紙おむつ購入助成券・福祉タクシー乗車券の使用を廃止しますので、呉市中心身障害者（児）紙おむつ購入助成券支給事業実施要綱第8条及び呉市福祉タクシー事業実施要綱第7条の規定により届け出ます。

受給者	フリガナ			大・昭・平・令	
	氏 名			年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者の住所と同じ			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 届出者の電話と同じ ※日中に連絡の取れる電話番号			
廃止の理由	共通	<input type="checkbox"/> 死亡（令和 年 月 日）			
		<input type="checkbox"/> 転出（予定）（令和 年 月 日）			
紙おむつ	紙おむつ	<input type="checkbox"/> 他の制度の支給を受けるため （障害バス優待・タクシー券・障害者紙おむつ券・高齢者紙おむつ券）			
		<input type="checkbox"/> 障害要件に該当しなくなったため			
紙おむつ	紙おむつ	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）、障害者支援施設に入所したため （施設名： ）			
紙おむつ	紙おむつ	<input type="checkbox"/> 市外の病院・診療所に3か月を超えて入院したため （病院名： ）			

以下は記入しないでください

受付	担当	副担当	主査	GL	課長	受付印
受給者番号						
入力日 令和 年 月 日						