

# 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	□届出者の住所と同じ			
	電話番号 ※日中に連絡の取れる電話番号	□届出者の電話と同じ			
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）			
		<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			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
紙おむつ		<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： )			
		<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	G L	課長	受付印
受給者番号						
入力日	令和 年 月 日					