

様式第6号（第9条関係）

那須町介護保険特別給付 紙おむつ費の受給資格変更・喪失届書

那須町長 様

届出日	年 月 日	
届出者	氏 名	
	住 所	
	受給者との続柄	
	電 話 番 号	
受給者	被保険者番号	
	氏 名	
	変 更 事 由	<input type="checkbox"/> 氏名 ( )
		<input type="checkbox"/> 住所 ( )
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
喪 失 事 由	<input type="checkbox"/> 要介護状態区分の変更 <input type="checkbox"/> 紙おむつ等を常時使用していない <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 住所地に居住していない <input type="checkbox"/> 施設等に入所 <input type="checkbox"/> その他	

【町記入欄】

中止決定	年 月から中止
	<input type="checkbox"/> 通知あり
	<input type="checkbox"/> 通知省略