

中止

昭島市在宅介護紙おむつ等購入費給付資格喪失届

令和 年 月 日

(宛先) 昭島市長

業者への連絡 ☐ 済 ☐ 無

下記のとおり、紙おむつの購入について () 月分より中止します。 特 / 集 /

申請者	氏名			利用者との関係		
	住所					
	連絡先	電話番号		携帯電話番号		
	提出代行者	(居宅介護支援事業所等名)			担当者	

利用者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	大正・昭和 年 月 日									
	住所	昭島市 丁目 番 号 番地									
	連絡先	電話番号 — —									

選択事業者名	1 株式会社 成玉舎 2 白十字販売株式会社 3 株式会社 ノーザン・インク
備考	中止の理由 1 入院のため 2 介護老人保健施設入所のため 3 介護老人福祉施設入所のため(特養) 4 転出のため 5 死亡のため 6 介護度が該当しなくなったため 7 その他