（第４号様式）

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業利用変更申請書

　　　年　　　月　　　日

町田市長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 連絡先 |  | | |

紙おむつ支給事業への登録内容の変更を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | | 介護保険被保険者番号 | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 住所 | 町田市 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | 生年月日  及び年齢 | | | | 大正  昭和 | | 年 月 日（　　　　　）歳 | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 下記から変更があるものに☑し、変更内容を記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 氏名・住所の変更　（上記利用者情報は変更後の内容で記入ください） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 配達を希望  する住所  ※町田市内のみ | いずれかに☑を記入してください  □利用者住所に同じ　　　□申請者住所に同じ  □その他（配送先住所等を下欄に記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配達先  住所 | | 町田市 | | | | | | | | | | | （　　　　　　様方） | | | |
| 配達先  電話番号 | |  | | | | | | 利用者との関係 | | | | |  | | | |
| □ | 必ず連絡が  とれる  電話番号 | いずれかに☑をしてください  □利用者　　　□申請者  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　／利用者との関係　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

提出者が申請者以外の場合、下記を記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当 |  |
| 連絡先 |  |

**※支給品の変更は、委託事業者　株式会社 　（電話番号　０１２０-７３-５８５８）に直接ご連絡して、変更してください。**

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 決　　定 | 承認番号 | 承認年月日 | 要介護 | 世帯課税 | 生活保護 |
| ． 　． | 承認・不承認 | Ｏ- | ． 　． | ４・５・他（　 ） | 課税・非課税 | 受給・未受給 |