

近江八幡市在宅高齢者紙おむつ対象者資格変更（停止）届

____年 ____月 ____日

近江八幡市長 宛

申請者 住所 _____

氏名 _____（対象者との続柄： _____）

電話 _____

次のとおり、近江八幡市在宅高齢者紙おむつ支給事業の対象者の資格等に変更が生じたので、届け出ます。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			

1 変更事項	
(1) 対象者に該当しなくなった 理由 _____	
(2) 家族介護用品を必要としなくなった	
(3) 1月以上医療機関に入院した	(4) 1月以上介護保険施設に入所した
(5) 市外に転出した	(6) 死亡した
(7) 住所を変更した 新住所 _____	
(8) 要介護状態区分が変更になった 【変更前】 要介護 _____ ⇒ 【変更後】 要支援・要介護 _____	
(9) 申請の内容に変更が生じた 変更の内容 _____	

2 再開事項（決定通知書又は変更決定通知書に記載の支給の期間に限る。）	
(1) 医療機関から退院し、在宅で介護を受けることになった。	
(2) 介護保険施設から退所し、在宅で介護を受けることになった。	
退院後または退所後の担当ケアマネジャー 事業所名 _____ 担当者氏名 _____	

3 事実の生じた年月日	年 月 日
-------------	-------

注) 1 変更事項又は再開事項の該当する箇所に○をつけ、必要に応じて内容を記入してください。

2 いずれの場合も事実の生じた日を記入してください。