

様式第3号（第8条関係）

令和 年 月 日

袖ヶ浦市重度心身障害者（児）紙おむつ支給変更（辞退）届

住所
申請者 氏名
電話

申請手続きをされる
方の情報を記入

次のとおり、紙おむつの支給の変更（辞退）をしたいので届け出ます。

対象者	<table border="1"><tr><td data-bbox="453 833 507 949">氏名</td><td data-bbox="507 833 938 949"></td><td data-bbox="938 833 992 949">電話</td><td data-bbox="992 833 1361 949"></td></tr><tr><td data-bbox="453 949 507 1066">住所</td><td colspan="3" data-bbox="507 949 1361 1066">紙おむつを利用する本人の情報を記入</td></tr></table>	氏名		電話		住所	紙おむつを利用する本人の情報を記入		
氏名		電話							
住所	紙おむつを利用する本人の情報を記入								
決定番号	紙おむつの支給決定通知に書かれている番号を記入 ※わからない場合は空欄で可								
変更（辞退）理由	変更・辞退理由と 変更の場合は変更前と変更後の商品名を記入 例：●不要になったため ●サイズが合わなくなったため 変更前：○○○○Mサイズ 変更後：○○○○Lサイズ 等								