

# 三郷町介護用品支給事業 利用変更・休止・再開・終了届

令和 年 月 日

三郷町長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_

三郷町介護用品支給事業の利用内容を下記の通り、**利用変更** を届け出ます。

- ・休止
- ・再開
- ・終了

また、下記についての情報をサービス提供機関に提出することを承諾します。

種類 変更時 のみ記入	変更後に利用したい種類全てに丸を				種類		サイズ	
	記入してください。サイズのあるものはサイズにも丸を記入してください。 ※2種類までの組合せができますが、枚数は半分となります。	ア	フラットタイプ(月120枚)		—			
		イ	テープ止めタイプ(月60枚)		S M L			
		ウ	はくタイプ(月30枚)		S M L LL			
		エ	尿取りパット(月240枚)		—			
変更する理由及び内容	利用変更事由	休止事由	再開事由	終了事由				
	<input type="checkbox"/> 種類・サイズ変更 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 短期入所のため <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 退院のため <input type="checkbox"/> 退所のため <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 施設入所・入居のため <input type="checkbox"/> 利用不要のため <input type="checkbox"/> 死亡・転出のため <input type="checkbox"/> その他( )				
※長期利用目的の施設入所・入居・入院の場合は、本事業の支給対象外となるため終了となります。								
要介護者	氏名			連絡先				
	生年月日	年 月 日	要介護認定	要介護 ( 3 ・ 4 ・ 5 )				