

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	種類		サイズ		
	変更後に利用したい種類全て に丸を記入してください。サイズのあるものに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	尿取りパッドレギュラー(月240枚)	—	
		オ	尿取りパッドビッグ(月60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)	