

第4号様式（第7条第2項）

東金市紙おむつ受給資格消滅届

年 月 日

（あて先）東金市長

住 所
届出者 氏 名
電話番号
受給者との続柄

紙おむつの受給について、次のとおり受給資格が消滅したので届け出ます。

受給者	住所	東金市 (電話番号)		
	氏名		生年月日	年 月 日
受給資格消滅の理由		ねたきり高齢者等でなくなったため		
		市外に転出したため		
		受給者が死亡したため		
		その他 ()		
受給資格消滅年月日		年 月 日		
提出者	氏名			
	続柄			

注 受給資格消滅の理由欄は、該当する項目に○印をつけてください。