

様式第5号（第7関係）

年 月 日

（届出先）茨木市長

（届出者）

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

茨木市高齢者紙おむつ等受給資格消滅届

次のとおり高齢者紙おむつ等受給資格が消滅しましたので届け出ます。

利 用 者	住 所	茨木市
	ふりがな 氏 名	
資格消滅年月日		年 月 日
資格消滅の理由	1 転 出 2 死 亡 3 要介護認定の要介護度が2以下になった 4 生活保護受給 5 その他（ ）	