

泉佐野市高齢者介護用品給付対象者変更・辞退届出書

年 月 日

泉 佐 野 市 長 様

届出者 住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり変更・辞退事項が生じましたので届出します。

記

対象者氏名 _____ 生年月日 _____

変更事項	氏名・住所（市内転居）・電話番号・その他（ _____ ）	
変更内容	(変更前)	(変更後)
辞退理由	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が死亡した。 ・対象者が老人福祉施設に入所した。 ・対象者が他市町村へ転出した。 ・要綱第2条に規定する対象者でなくなった。 ・その他介護用品を必要としなくなった。 理由（ _____ ）	