令和　　　年　　月　　日

守口市長　様

申請者住所

申請者氏名

**※申請者は、主たる家族介護者の氏名をご記入ください。**

電話番号

提出代行者（居宅）

※申請者は、主たる家族介護者の氏名をご記入ください。

守口市紙おむつ等給付事業資格喪失届

守口市紙おむつ等給付事業実施要綱第１２条の資格喪失の届出に基づき、次のとおり提出します。

１　被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被保険者番号 | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　資格喪失事由が生じた日　　　　令和　　　年　　月　　日

３　資格喪失事由

|  |
| --- |
| □死亡のため  □入院　（　　年　　月　　　日）  退院予定日：　　　年　　　月　　　日　・　未定  □ショートステイを含む入所（　　年　　月　　　日）  ※ショートステイの場合は退所予定日：　　　年　　　月　　　日・　未定  □転出（市外）　転出日：　　　　年　　　月　　日  転出先：  □給付対象条件を満たさなくなったため  　理由：  □その他（事由についてご記載ください）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　守口市紙おむつ等給付事業実施要綱第１６条の費用の返還に基づき、資格の喪失等の事由が発生した日の属する月の翌月以後の紙おむつ等を給付しているときは、その月分の紙おむつ等の相当額について、期限を定めてその返還を命じます。