

様式第5号(第8条関係)

会津美里町紙おむつ等購入助成券給付廃止届

年 月 日

会津美里町長

住 所

届出者 氏 名

電話番号

(受給者との関係:)

会津美里町紙おむつ等購入助成券給付事業の対象者でなくなったので届け出ます。

受 給 者	助成券番号		氏 名	
	住 所			
廃止理由	1 町内に住所を有しなくなった 2 死亡した (死亡年月日: 年 月 日) 3 入院又は施設に入所した (入院・入所年月日: 年 月 日) 4 在宅期間が月の半分に満たない (不在理由:) 5 その他要綱第3条に定める給付対象者に該当しなくなった (非該当理由:)			
返 還 分	年 月分 ~ 年 月分の助成券を返還いたします。			