名張市紙おむつ等給付事業　異動連絡票

年　　月　　日

介護・高齢支援室（ＦＡＸ：６３－４６２９）　**★締日のFAX締切時間は16：30です**

事業所名等		担当者	
		ＦＡＸ	
利用者 被保険者番号			
利用者 氏　名			

停止・変更・再開・廃止・その他 にチェックのうえ、必要事項を記載してください。

□ 停止　　年　　月　配達分から停止

※配達前日までに市に連絡いただければ、当月に対応（配達当日は要相談）

停止理由	入院 ・ 入所 ・ 余剰 ・ その他（　　）

□ 変更　　年　　月　配達分から変更　※市に連絡いただいた翌月以降に対応可能

◎現在の種類 ※利用中のおむつの種類を記入してください。				
	奇数月		偶数月	

⇩

◎変更後の種類 ※１～５のいずれかに〇を記入 （１～3を選んだ場合はサイズ・タイプにも〇を記入）	１．パンツタイプ 【サイズ ➡ Ｓ ・ Ｍ ・ Ｌ ・ ＬＬ ・ ＸＬ 】 ２．テープタイプ 【サイズ ➡ Ｓ ・ Ｍ ・ Ｌ 】 ３．尿取りパッド 【タイプ ➡ 男女兼用 ・ 多量タイプ 】 ４．フラットタイプ　　５．大人用おしりふき			
奇数月・偶数月で種類が異なる場合のみ右記に記入	奇数月	種類・サイズ	偶数月	種類・サイズ

□ 再開　　年　　月　配達分から再開

※15日（休日の場合は翌営業日）までに市に連絡いただければ、当月から対応

□ 廃止　　年　　月　配達分から廃止

※配達前日までに市に連絡いただければ、当月に対応（配達当日は要相談）

廃止理由	入院 ・ 入所 ・ その他（　　）

□ その他	配達時連絡先、配達先変更 等

※名張市記載欄（受付印）

返信済み　□

※病院・介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床）・グループホームへ入院・入所された場合は、必ず、停止または廃止のご連絡をお願いします。