

様式第5（第9条関係）

鹿児島市紙おむつ等購入費助成金受給資格喪失届

年 月 日

鹿児島市長 殿

届 出 人	住 所	鹿児島市 丁目 番 号 番地
	氏 名	
	対象者との 続 柄	対象者本人・扶養義務者・同居の親族
	電話番号	
認定通知書番号		指令 第 号 （ 年 月 日付け）
対 象 者 氏 名		
資 格 喪 失 事 由		<p>(1) 年 月 日死亡</p> <p>(2) 年 月 日市外転出 (転出先： 市・区・町・村)</p> <p>(3) 年 月 日障害者支援施設等へ入所した。 (施設名：)</p> <p>(4) 長寿支援課が行う紙おむつ等助成事業の対象となった。 (年 月 日付)</p> <p>(5) 生活保護受給が決定した。 (年 月 日付)</p> <p>(6) 年 月 日紙おむつ等が不必要となった。</p> <p>(7) 当該対象者に係る生計中心者に市町村民税が課税された。</p>

注 鹿児島市紙おむつ等購入費助成金受給資格認定通知書を添付してください。