

在宅老人等紙おむつ（住所・給付薬局等）変更届

年 月 日

白石市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話



受給者氏名	
-------	--

○住所変更のとき

新住所	
旧住所	

○給付薬局等変更のとき

給付変更年月	年 月給付分から変更する
新給付薬局等	
旧給付薬局等	