

様式第4号(第9条関係)

軽米町家族介護用品支給事業資格喪失届

年 月 日

輕米町長

様

被給付者

住所

氏 名

印

介護用品を受ける資格が、次のとおりなくなりましたので届け出ます。

要 介 護 者 氏 名	
資 格 喪 失 理 由	要介護者が次のとおりとなった。 1 医療機関に入院した。 (医療機関名) 2 介護保険施設等へ入所した。 (施設名) 3 町外に転出した。 (転出先) 4 死亡した。 5 要介護4、5のいずれにも該当しなくなった。 6 世帯の町民税課税状況が変更した。 7 その他 ()
上 記 理 由 が 発 生 した 年 月 日	年 月 日
備 考	