

別記様式第19号(第17条関係)

上三川町高齢者介護用品給付資格喪失届

年 月 日

上三川町長 様

住所  
氏名

次のとおり、受給資格がなくなりましたので届け出ます。

受給者	住所	
	氏名	
受給資格がなくなった事由	1 転出 2 死亡 3 要介護状態区分が要介護4又は5に該当しなくなった 4 介護用品を使用しない状態になった 5 生活保護受給者に該当した 6 施設、病院に入所(院) (施設又は病院名 ) 7 その他 ( )	
喪失年月日	年 月 日	