別記様式第8号(第10条関係)

上三川町ねたきり高齢者等介護手当受給資格喪失届

年　　月　　日

　上三川町長　様

受給者　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ねたきり高齢者等 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 受給資格がなくなった事由 | 1　ねたきり高齢者等又は受給者が転出した。  2　ねたきり高齢者等又は受給者が死亡した。  3　要介護度状態区分が要介護3、4又は5に該当しなくなった。  4　ねたきり高齢者等が介護保険施設等に入所した。  　　（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  5　受給者が介護をしなくなった。  6　その他  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 喪失年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |