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 |