

ねたきり老人等介護手当受給資格喪失届

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

申請者 { 住所
氏名

ねたきり老人等介護手当を受ける資格が喪失したので、下記のとおり届けます。

記

		認定番号	第	号
資格喪失受給者	住 所	富士宮市		
	氏 名			
	電話番号			
受給資格がなくなった理由	<input type="checkbox"/> 受給者が死亡した。 <input type="checkbox"/> 受給者が転出した。 <input type="checkbox"/> 受給者がねたきり老人等を介護しなくなった。 (理由:) <input type="checkbox"/> ねたきり老人等が死亡した。 <input type="checkbox"/> ねたきり老人等が転出した。 <input type="checkbox"/> ねたきり老人等がねたきり又は認知症の状態でなくなった。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
理由が発生した 年 月 日	令和 年 月 日			
特記事項	対象老人名:			
	<input type="checkbox"/> 自宅にて死亡 年 月 日 入院 <input type="checkbox"/> 年 月 日 病院にて死亡			

備考 各項目の□にレ印をつけてください。