

様式第4号(第8条関係)

家族介護用品支給資格喪失(異動)届

年 月 日

高 砂 市 長 様

【届出者(介護者)】

〒
住所

氏名

電話番号

【要介護高齢者】

〒
住所

氏名

被保険者番号

資格喪失(異動)年月日

年 月 日

喪失理由(○をつけてください。)

- 1 要介護高齢者が市外に転出した。
- 2 要介護高齢者が死亡した。
- 3 要介護高齢者が施設等へ入所した。
- 4 要介護高齢者が病院等に入院した。
- 5 要介護高齢者が要介護4又は要介護5以外に認定された。
- 6 要介護高齢者の属する世帯(介護者の属する世帯を含む。)が
市民税非課税でなくなった。
- 7 要介護高齢者がおむつを使用しなくなった。
- 8 受給者(介護者)が要介護高齢者を介護をしなくなった。

異動理由

転居

旧:

新:

その他

※以下は記入しないでください。

台帳番号		課長	主幹	係長	係
	受領しました。				