和泊町在宅介護者支援金資格喪失届

年　　月　　日

和泊町長　殿

届出人　氏名　　　　　　　　　　印

　　　　住所

以下のとおり，在宅介護者支援金の受給資格を喪失しましたので届けます。

１．受給者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 和泊町 |

２．要介護者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 | 和泊町 |
| 介護保険被保険者番号 |  |

３．受給資格喪失の理由

　　該当する項目の番号を○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者 | １　死亡２　本町から転出３　常時介護をすることができなくなった。 |
| 要介護者 | １　死亡２　本町から転出３　介護保険施設又は居住系サービス施設へ入所した。 |

　　上記の理由が発生した日：　　　年　　月　　日

（注意）

　・再度資格を取得する場合は，支給申請書の提出が必要となります。