

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。