

見本

九十九里町介護用品受給資格消滅届

届出日を記入

年 月 日

九十九里町長 様

届出者が家族であれば家族の、届出者がケアマネジャーの場合は受給者本人の住所、名前、電話番号を記入（※本人死亡の場合は事業者の住所、ケアマネジャーの名前、電話番号を記入）

住 所
届出者 氏 名
電話番号

介護用品の受給について、次のとおり受給資格が消滅したので、九十九里町介護用品支給事業実施規則第5条第2項の規定により届け出ます。

受給者	住 所	九十九里町
	氏 名	
受給資格消滅の理由		1 死亡又は転出等町内に住所を有しなくなったため 2 要介護4及び要介護5でなくなったため 3 医療機関への入院、介護施設への入所等在宅で介護を受けなくなったため 4 市町村民税非課税世帯でなくなったため 5 対象者が属する世帯において、介護保険料、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料及び町税に未納があったため 6 生活保護による保護を受けることになったため 7 その他()
受給資格消滅年月日		年 月 日

該当する番号に○をする

受給資格消滅理由に合った日付を記入（死亡日、転出日、要介護4，5で無くなった日付、施設入所日等）