別記様式第19号(第17条関係)

上三川町高齢者介護用品給付資格喪失届

年　　月　　日

　上三川町長　様

住所

氏名

　次のとおり、受給資格がなくなりましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 受給資格がなくなった事由 | 1　転出  2　死亡  3　要介護状態区分が要介護4又は5に該当しなくなった  4　介護用品を使用しない状態になった  5　生活保護受給者に該当した  6　施設、病院に入所(院)  　(施設又は病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  7　その他  　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 喪失年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |