

様式第7号(第9条関係)

要介護高齢者介護手当受給事項異動(消滅)届

年 月 日

神川町長 様

受給者 住所  
(介護者) 氏名

下記のとおり、要介護高齢者介護手当受給事項異動(受給資格が消滅)したので届出します。

受給者	氏名		電話	
	住所		年齢	
要介護高齢者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年齢	
変更	変更箇所	変更前	変更後	
	氏名			
	住所			
	その他			
受給資格の消滅	1 本町の住民でなくなった。 2 要介護高齢者の要介護状態区分が要介護4又は要介護5でなくなった。 3 要介護高齢者が、施設等(療養型病床群も含む)に入所した。 (施設名： ) 4 要介護高齢者が亡くなった。 5 要介護高齢者と同居しなくなった。 6 介護をしなくなった。 7 手当の支給を辞退する。 8 その他支給要件に該当しなくなった。( )			
その他	要介護高齢者が施設等に入所、入院及びサービスの利用をした。 年 月 日から (病院名等 ) 年 月 日まで			
事由が発生した年月日	年 月 日			

\*該当する番号に○を付けてください。

以下は記入しないでください。

受付	決定	台帳処理	台帳番号
年 月 日	年 月 日	年 月 日	