様式第６号（第８条関係）

年　　　月　　　日

川南町長　　　　　　　　　様

申請者　住　所　　　　　　　　　（電話　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印（続柄　　　　）

介護用品給付資格喪失届

　介護用品給付資格を喪失したので、下記のとおり川南町介護用品給付事業実施規則第８条の規定により届出します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 電話 | － |
| 住所 | 川南町大字 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　 月　 日（　　歳） | 施設名 |  |
| 給付開始年月 | 年　　　　　月から | | |

≪給付廃止理由≫　※該当する番号に○をしてください。

１　他市町村への転出

２　対象者の入院又は介護保険施設への入所

（病院・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　対象者の死亡

４　介護度の変更（　　　　年　　月　　日から要介護　　⇒要介護