様式第5号（第5条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 安芸高田市在宅高齢者等家族介護支援手当受給資格消滅届 | | | | |
|  | 受 給 者 | 氏 名 |  |  |
|  | 住 所 | 安芸高田市 |
| 要 介 護 者  氏 名 | |  |
|  |
|  | ４  受給資格が  なくなった理由 | | １ 介護保険要介護度が支給要件に該当しなくなった。  ２ 受給者が要介護者を常時介護しなくなった。  （ ）  ３ 受給者と要介護者が同居しなくなった。  受 給 者  が市外に住所を移転した。  要介護者  ５ 受給を辞退した。  ６ 受給者が死亡した。  ７ 要介護者死亡した。  ８ その他（ ） |
|  | 上記の理由が  発生した年月日 | | 年 月 日 |
| 上記のとおり安芸高田市在宅高齢者等家族介護支援手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。  年 月 日  　　住 所  　　氏 名  （署名又は記名押印）  安 芸 高 田 市 長 様 | | | | |