様式第7号（第6条関係）

|  |
| --- |
| 安芸高田市在宅高齢者等家族介護支援手当受給停止届 |
|  | 受 給 者 | 氏 名 |  |  |
|  | 住 所 | 安芸高田市　 |
| 要 介 護 者氏 名 |  |
|  |
|  | 支給停止の理 由 | 1 介護保険施設に入所した。（種類 ）2 病院、診療所に15日以上継続して入院（所）するに至った。（病院等名 ）3　その他。　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
|  | 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の支給停止の状況となったため届け出ます。 年 月 日 　　 住 所　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 氏 名 （署名又は記名押印）安 芸 高 田 市 長 様 |

注意

　　「支給停止の理由」の欄は、該当する番号を○で囲むとともに（　）内にその内容を具体的に記入してください。