

様式第5号(第8条関係)

介護手当資格喪失届

令和 年 月 日

紀宝町長 様

受給者 住所 紀宝町

氏名

下記のとおり、紀宝町介護手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

記

受給者氏名	
受給者住所	紀宝町
受給資格がなくなった理由	1 要介護者が、病院、診療所等に、継続して1月を超えて(*)入院するに至った。 (病医院名) 2 要介護者が、施設に入所した。 (施設名) 3 要介護者の身体や精神の疾病等が治癒又は緩和し、介護保険法に基づく要介護4又は要介護5の状態(又はそれらと同等の状態)でなくなった。 4 要介護者が転出した。 5 要介護者が死亡した。 6 その他()
上記の理由が発生した日	年 月 日

(注意) *1月とは、入院・入所当日から30日目とする。