

様式第7号(第9条関係)

在宅寝たきり老人等介護手当資格喪失届

年 月 日

上毛町長 様

申請者 住 所
(受給者) 氏 名

次の理由により、資格が消滅したのでお届けします。

消 滅 年 月 日	年 月 日
消 滅 の 理 由	<ol style="list-style-type: none">1 在宅寝たきり老人等が死亡した。2 在宅寝たきり老人等が転出し、住民でなくなった。3 在宅寝たきり老人等が入所施設に措置又は入所された。4 在宅寝たきり老人等が病院若しくは診療所に入院した。5 介護者が在宅寝たきり老人等を介護しなくなった。6 在宅寝たきり老人等が条例第2条第1項の規定に該当しなくなった。
備 考	