

別記様式第4号(第13条関係)

長沼町家族介護用品支給要件喪失届

年 月 日

長沼町長 様

住所
氏名
電話番号

家族介護用品支給要件に該当しなくなりましたので、次のとおり届け出します。

要介護者氏名		被保険者番号	
介護者氏名		住所	
支給要件喪失年月日	年 月 日		
支給要件喪失理由	1 要介護者が要介護4～5に該当しなくなったため (「排尿・排便」に介助・見守り等の項目に該当しなくなったため) 2 要介護者が介護保険施設に入所したため 3 要介護者が町民税課税者になったため 4 要介護者が生活保護を受給したため 5 (要介護者・介護者)が町外へ転出のため 6 (要介護者・介護者)が死亡したため 7 その他()		