

別記様式第4号(第9条関係)

長沼町寝たきり老人等介護手当受給資格喪失届

年 月 日

長沼町長 様

住所 長沼町

氏名 ㊟

次のとおり、長沼町寝たきり老人等介護手当の受給資格が喪失したので届け出いたします。

介護手当の種類	<input type="checkbox"/> 寝たきり老人介護手当	<input type="checkbox"/> 認知症老人介護手当
被介護者の氏名		
介護者の氏名		
受給資格喪失年 月 日		
受給資格喪失理由		
備考		