様式第６号（第９条関係）

年　　月　　日

東北町長　殿

申請者　住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

対象者　氏名

東北町介護用品受給資格喪失届

次のとおり介護用品の受給資格を喪失したので、東北町介護用品給付事業給付要綱第９条の規定に基づき届出します。

給付廃止理由（該当する番号に〇をしてください。）

１　他市町村へ転出（　　　　年　　月　　日）

２　介護度の変更（　　　　年　　月　　日から要介護　　）

３　生活保護受給（　　　　年　　月から）

４　在宅介護の日数が月の半数未満（　　　　年　　月から）

５　死亡（　　　　年　　月　　日）

６　病院に入院（　　　　年　　月　　日から）

７　施設等に入所・入居（　　　　年　　月　　日から）

　　８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）