様式第6号(第5条関係)

在宅介護手当受給資格喪失届

年　　月　　日

　香南市長　　　　様

申請者　　住所　香南市

(介護者)　氏名

連絡先(電話番号)

　次の理由により在宅介護手当の受給資格がなくなりましたので、お届けします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護対象者氏名 |  | 介護対象者住所 | 香南市 |
| 介護者氏名 |  | 支給開始 | 年　　月 |
| 受給資格をなくした理由 | 1　介護対象者が死亡したため  2　介護対象者が施設に入所したため  　　(施設の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  3　介護対象者が病院・診療所に入院したため  　　(病院の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  4　介護対象者が回復し、介護の必要がなくなったため  5　介護対象者又は介護者が転出したため  6　その他 | | |
| 上記理由の発生日 | 年　　月　　日 | | |