様式第８号（第１０条関係）

介護用品給付券交付受給資格喪失届

年　　月　　日

小野町長

　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　 氏名

電話番号

次のとおり介護用品給付券交付の受給資格を喪失したので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護者  （受給者） | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 介護対象者 | 氏名 |  |
| 資格喪失の理由 | 介護者  （受給者） | １　介護対象者を介護しなくなった。  　　・介護しなくなった日（　　　　　年　　　月　　　日）  ２　その他  ・理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護対象者 | １　介護対象者が施設入所または入院した。  ・施設、医療機関名：（　　　　 　　　　　　　　　　）  ・入所、入院日：（　　　　　年　　　　月　　　日）  ２　介護対象者が死亡した。  ・死亡年月日（　　　　年　　　月　　　日）  ３　その他  ・理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格喪失日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 備　考 |  | |

* 添付書類：不要となった給付券