

様式第 11 号 (第 12 条関係)

高齢者紙おむつ購入費助成受給資格喪失届出書

年 月 日

(宛先) 村上市長

申請者 住 所 〒

氏 名

連絡先電話番号

1 助成券受給者

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒 村上市
介護保険被保険者番号	

2 喪失理由 (該当するものに○をつけてください)

- 1 助成券受給者が死亡した
- 2 助成券受給者が転出した
- 3 在宅生活高齢者が1月につき15日以上自宅で生活していない月が3月を超えた
- 4 助成券受給者が介護保険法に規定する要介護状態区分について、要介護3から要介護5に該当しなくなった
- 5 助成券受給者が居宅介護支援事業所等の支援を受けなくなった
- 6 助成券受給者が大人用紙おむつを必要としなくなった

3 喪失年月日 年 月 日