

在宅生活高齢者介護手当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 在宅生活高齢者

ふりがな		生年月日	明治	年 月 日
氏 名			大正	
住 所	〒 村上市			
介護保険被保険者番号				

2 手当受給者

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒 連絡先電話番号

3 喪失理由 (該当するものに○をつけてください)

- 1 在宅生活高齢者又は手当受給者が死亡した
- 2 在宅生活高齢者又は手当受給者が転出した
- 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 在宅生活高齢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 在宅生活高齢者が居宅介護支援事業所等の支援を受けなくなった
- 6 手当受給者が1月につき15日以上自宅で介護しない月が3月を超えた
- 7 手当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に該当することになった

4 喪失年月日 年 月 日