

様式第6号(第8条関係)

要介護高齢者介護手当受給事項異動(消滅)届

年 月 日

(あて先) 本庄市長

受給者 住所
(介護者) 氏名
電話番号

下記のとおり、異動(受給資格の消滅)がありましたので届け出ます。

受給者 (介護者)	氏名		生年月日	年 月 日
要介護 高齢者	氏名		生年月日	年 月 日
変 更	変更箇所	変 更 前	変 更 後	
	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他			
受給資格 の消滅	1 本市の住民でなくなった。 2 要介護高齢者の要介護状態区分が支給対象区分でなくなった。 3 要介護高齢者が施設等に入所した。 (施設名：) 4 要介護高齢者が亡くなった。 <input type="checkbox"/> 死亡時は入院・入所等していた。(月 日から) <input type="checkbox"/> 死亡時は在宅だった。 5 要介護高齢者と同居しなくなった。 6 介護をしなくなった。 7 手当の支給を辞退する。 8 その他支給要件に該当しなくなった。 <input type="checkbox"/> 長期入院のため(見込みも含む)。 <input type="checkbox"/> その他(理由)			
入院・ 短期入所	要介護高齢者が <u>1か月に16日以上</u> 入院及び短期入所(ショートステイ)をした。 ・ 年 月 日から 年 月 日まで ・ 年 月 日から 年 月 日まで (病院名等)			
事由が発生した年月日	年 月 日			

*該当する番号に○を、該当項目にレを付けてください。

※下の欄は記入しないでください。

台帳処理日	認定番号	備考	_____月から消滅。 _____月は停止。
月 日			