

様式第4（第7条・第9条関係）

在宅ねたきり高齢者等介護人手当及びおむつ費用助成利用券受給停止  
（資格喪失）届

年 月 日

安 城 市 長

届出者 住所  
（介護人） 氏名  
電話番号

下記のとおり受給資格を喪失しましたので届け出ます。

記

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| 在宅ねたきり高齢者等            | ふりがな<br>氏 名  |  |
| 受給停止<br>（資格喪失）<br>の理由 | 事由が発生した年月日： 年 月 日  |  |
|                       | 1 在宅ねたきり高齢者等又は介護人が、月の1日から末日まで入所し、又は入院した。<br>（施設名： ）<br>（退所・退院予定日： 年 月 日） |  |
|                       | 2 在宅ねたきり高齢者等のショートステイ利用日数が、2か月以上継続して16日以上だった。                             |  |
|                       | 3 在宅ねたきり高齢者等の要介護度等が支給要件に該当しなくなった。  |  |
|                       | 4 在宅ねたきり高齢者等又は介護人が亡くなった。   |  |
|                       | 5 在宅ねたきり高齢者等と介護人が、同居もしくは敷地が接するに住所に居住しなくなった。                              |  |
|                       | 6 その他（ ）   |  |
| 利用券受給                 | 無 ・ 有 ※余った利用券は、ご提出ください。  |  |

市記入欄

|        |  |       |          |
|--------|--|-------|----------|
| 個人CD   |  | 利用券回収 | 済 ・ 未（ ） |
| 民生委員番号 |  | 備考    |          |