様式第6号(第7条関係)

介護保険市町村特別給付おむつ購入費受給資格喪失届

年　　月　　日

　　　氷川町長　　　　　様

　　氷川町介護保険市町村特別給付おむつ購入費給付実施要綱第7条の規定に基づき、資格喪失届を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 介護保険被保険者番号 |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話番号　　　(　　) | | | | | | | | | | | |
| 資格喪失事由 | | ①　　　年　　月　　日　町外転出  　(転出先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ②　　　年　　月　　日　介護保険施設(医療施設)へ入所(入院)  　(施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ③　　　年　　月　　日　おむつ不必要  ④　　　年　　月　　日　死亡 | | | | | | | | | | | |

　(注意)

　　　おむつ購入費支給資格認定証(様式第4号)を添付してください。