

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。