高齢者福祉サービス受給資格消滅届

氏名等の基本情報を記載の上、☑を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護高齢者等 | 氏名 |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　 日 |
| 住所 | 〒　　　　三条市 |
| 電話番号 |  |
| ※該当者のみ支援金受給者 | 氏　　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　 日 |
| 当該高齢者等との続柄　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号(上記と異なる場合) |
| 資格消滅理由 | □１　入院・入所(入院・入所日：　　　　年　　月　　日／施設名称等：　　　　　　　　　　　　)□２　死亡(死亡された日：　　　　年　　月　　日）□３　市外転出□４　要介護状態区分の変更(　非該当　・　支１　・　支２　・　介１　・　介２　) □５　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 資格消滅を行う高齢者福祉サービス | □高齢者紙おむつ購入費助成事業　　　　　　　助成券番号(No.　　　　　　　　)返却　　有(　　　枚)　　・　　無□在宅介護支援金支給事業　　　　　　　　　　受給者番号(No.　　　　　　　　)□認知症高齢者等靴ステッカー見守り事業　　　ステッカー番号(No.　　　　)□認知症高齢者等個人賠償責任保険事業 |
| □高齢者日常生活用具貸与事業　( 緊急通報装置・福祉電話 ) | ※必ず御記入ください撤去工事立会人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　連絡可能時間帯　　　　　　　※連絡可能時間帯は平日９時から16時までの間で御指定いただけます※福祉電話撤去の際は工事費用がかかります |
| 受給資格消滅理由発生年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　　日 |
| 上記のとおり、受給資格が消滅しましたので届け出ます。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　住　所　　　　　　　氏　名(宛先)　三条市長 |
| (備考)　事業所が提出する場合は、事業所名及び担当ケアマネジャー氏名の記入をお願いします。事業所名/担当ケアマネジャー氏名（　　　　　　　　　　　/　　　　　　　　　）→高齢介護課介護保険係 |
| 市確認欄 | 申請者本人確認　免許証・保険証・その他(　　　　) | 提出方法　窓口・郵送・シルバー便 |
| 市担当チェック欄 | おむつ | 支援金 | 靴ステ | 保険 | 緊通 | 福電 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |