様式第５号（第７条関係）

重度心身障がい児者等介護手当受給資格消滅届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障がい児者等 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日(　 歳) |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　 月　 日(　 歳) |
| 住所 | 三条市 |
| 重度心身障がい児者等との続柄 |  | 電話番号 | 　　　―　　　　― |
| 受給資格が消滅した理由 | １　介護をしなくなった。２　介護者又は重度心身障がい児者等が他の市区町村へ転出した。　　　(転出先・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)３　重度心身障がい児者等が第２条に規定する要件に該当しなくなった。　　　(具体的理由)４　重度心身障がい児者等が介護保険施設等へ入所した。　　　施設等名　　　入所年月日　　　　　年　　月　　日５　その他(具体的理由) |
| 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お届けします。　　　　　　年　 月　 日住所　三条市　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　(宛先)三条市長 |