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 | | | | | |