

重度心身障がい児者等介護手当受給資格消滅届

が い 児 者 等 重 度 心 身 障	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	<p>1 介護をしなくなった。</p> <p>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・)</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>5 その他(具体的理由)</p>			
受給資格消滅理由発 生 年 月 日	年 月 日			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 三条市 氏 名</p> <p>(宛先)三条市長</p>				