様式第７号（第９条関係）

家族介護用品受給資格喪失届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

陸前高田市長　様

受給者

住　所

氏　名

次のとおり介護用品の受給資格を喪失したので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護者氏名 | |  |
| 受給者 | 住　　所 | 陸前高田市 |
| 氏　　名 |  |
| 支給番号 | | 第　　　　　　号　～　第　　　　　　号 |
| 受給資格喪失年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 受給資格喪失理由 | | □　死亡  □　要介護状態区分が変更（変更後の介護度：　　　）  □　介護保険施設に入所  □　医療機関に入院  □　転出  □　その他 |