

様式第6号（第8条関係）

要介護高齢者介護手当受給事項異動（消滅）届

令和 年 月 日

あて先（上里町長）

申請者住所

介護者氏名

電 話

下記のとおり、異動（受給資格の消滅）がありましたので届け出ます。

受給者 (介護者)	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
要介護 高齢者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
変 更	変更箇所	変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他			
受給資格 の消滅	1 本町の町民でなくなった。 2 要介護高齢者の要介護状態区分が要介護3・4・5でなくなった。 3 要介護高齢者の要介護状態区分が要介護3であったが、重度の認知症でなくなった。 4 要介護高齢者が施設等に入所した。（施設名 _____） 5 要介護高齢者が亡くなった。 <input type="checkbox"/> 死亡時は入院・入所していた（ _____ 月 _____ 日から）。 <input type="checkbox"/> 死亡時は在宅だった。 6 要介護高齢者と同居しなくなった。 7 介護をしなくなった。 8 手当の受給を辞退する。 9 その他、支給要件に該当しなくなった。 <input type="checkbox"/> 長期入院のため（見込も含む）。 <input type="checkbox"/> その他（理由 _____）			
入院・短期 入所	要介護高齢者が1か月に16日以上入院・短期入所（ショートステイ）をした。 ・ _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで ・ _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで （病院名等 _____）			
事由が発生した年月日		年 月 日		

*該当する番号に○を、該当項目にレを付けてください。

*支給要件に該当になった場合はご連絡ください。