

様式第7号（第9条関係）

日高市ねたきり老人（介護）手当異動（消滅）届

平成 年 月 日

日高市長 様

住 所 日高市
 氏 名 印
 生年月日 (歳)
 電 話

下記のとおりねたきり老人（介護）手当の（申請の内容が変更になった）ので
 （受給資格が消滅した）
 届け出ます。

記

受給者氏名			認定番号第	号
	<input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> そ の 他 <input type="checkbox"/>	変 更 前	変 更 後	
異 動 理 由	<input type="checkbox"/> 受給資格 の消滅	<input type="checkbox"/> 本市の住民でなくなった。 <input type="checkbox"/> 施設に入所した（施設名 ） <input type="checkbox"/> 辞退する。 <input type="checkbox"/> その他支給の要件に該当しなくなった。 具体的に記入		
異 動 が 発 生 し た 日	平成 年 月 日			

該当する（ ）の中に✓印をつけてください。

以下は、記入しないでください。

受 付	受 付 番 号	決 定	決 定 番 号	台 帳 処 理
年 月 日		年 月 日		

様式第7号（第9条関係）

日高市ねたきり老人（介護）手当異動（消滅）届

記入例

赤い字の部分をご記入ください。

平成 年 月 日

日高市長 様

住 所 日高市 大字南平沢1020
 氏 名 日高 町彦 印
 生年月日 大正1年2月6日（90歳）
 電 話 89 - 2111

下記のとおりねたきり老人（介護）手当の（申請の内容が変更になった）ので
 （受給資格が消滅した）

届け出ます。

記

受給者氏名	日高 町子		認定番号第 14 - 1号
異動理由	() 住 所	変 更 前	変 更 後
	() 氏 名 () そ の 他 ()		
	(<input checked="" type="checkbox"/>) 受給資格 の消滅	() 本市の住民でなくなった。 (<input checked="" type="checkbox"/>) 施設に入所した（施設名 老人ホーム） () 辞退する。 () その他支給の要件に該当しなくなった。 具体的に記入	
異動が発生した日	平成 14年 9月 1日		

該当する（ ）の中に✓印をつけてください。

以下は、記入しないでください。

受 付	受付番号	決 定	決定番号	台帳処理
年 月 日		年 月 日		