

様式第7号（第8条関係）

日高市ねたきり老人介護手当異動（消滅）届

年 月 日

（あて先）日高市長

住 所 日高市  
氏 名  
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）  
（受給資格が消滅した）ので届け出ます。

記

受給者氏名			認定番号第	号
異動理由	<input type="checkbox"/> 住 所 名 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	変 更 前	変 更 後	
	<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"/> 施設又は病院等に入所し、又は入院した。（施設又は病院等の名称） <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	年 月 日			

該当する（ ）の中にレ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	No.	年 月 日		