様式第４号（第４条関係）

年　　月　　日

家族介護支援金受給資格消滅届

いの町長　　様

届出者　住所
氏名
受給者との続柄
電話

下記のとおり、家族介護支援金の受給資格が消滅しましたので届け出ます。

記

受給者氏名		要介護 高齢者等氏名	
受給資格の 消滅事由	※　下記の該当する番号に〇をつけて下さい。 １　要介護高齢者等が支給要件に該当しなくなった。 ２　介護者でなくなった。 ３　介護者がいの町に住所を有さなくなった。 ４　要介護高齢者等が３ヶ月以上入院又は入所している。 （病院、施設等の名称　　） ５　その他要件に該当しなくなった。 （　　） ６　辞退する		
消滅年月日	年　　月　　日		

家族介護支援金支給条例施行規則第５条の規定により別紙通知書を送付してよろしいか伺います。

課長	課長補佐	係長	係