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