

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○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 辞退の理由： 〔 〕 ☐ 要介護高齢者の入院・入所期間が3ヶ月未満の場合 は辞退の必要がないことの説明を受けました。
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と思います。

課長	課長補佐	係長	係