様式第５号（第８関係）

|  |
| --- |
| 介護用品受給資格喪失届 |
| 支給番号 | 　 |
| 受給者氏名 |  |
| 要介護者氏名 |  |
| 受給資格喪失年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 受給資格喪失理由(該当する項目に☑) | □　要介護者が死亡□　要介護者の要介護状態区分が変更（変更後の介護度：　　　　　　　　　)□　要介護者が介護保険施設等に入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　）□　要介護者が医療機関に入院し1か月を超過（入院日：　　　　　　　　　　　　　）□　要介護者が転出□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支給券返却枚数 | 　　　　　　　　　　枚 |
| 　上記のとおり介護用品の受給資格を喪失したので、届け出ます。　　　　　年　　月　　日　（宛先）久慈市長届出者　住所　　　　　　　　　　　　　　　（受給者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※資格喪失日以降は支給券を使用できませんので、未使用の支給券を本書に添えて返却してください。