様式第５号（第９条関係）

在宅要介護高齢者おむつ等費用助成受給資格消滅届

　　年　　月　　日

和水町長　　様

届出者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印

受給者との続柄

 次のとおり、在宅要介護高齢者おむつ等費用助成金の受給資格を失いましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　年　　月　　日 |
| 受給資格消滅理由 | □死亡した　　□入院した　　□入所した    　　□他市町村へ転出した　　□おむつの必要性がなくなった    　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　※該当する□にレ印を付けてください。 | |
| 発生年月日 | 年　　月　　日 | |