様式第８号（第９条関係）

家族介護用品受給資格変更・喪失届出書

年　　月　　日

　伊達市長

届出者 氏　名　　　 　　　（受給者との関係　　　　）

　　　　　　　　　　　　 郵便番号

　　　　　　　　　　　　　住　所

電話番号

　伊達市家族介護用品給付要綱第９条の規定に基づき、家族介護用品受給資格変更・喪失を届け出ます。

（該当する以下の項目に☑または〇、必要事項を記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □　資 格 変 更 | 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 理　由 | |  | |
|  | | 変 更 前 | 変 更 後 |
| 受給者 | 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| その他 |  |  |
| 要介護者 | 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| その他 |  |  |
|  | | | | |
| □　資 格 喪 失 | 該当者 | | 氏名 （ 受給者 ・ 要介護者 ）住所 | |
| 喪失年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 理　由 | | □　在宅ではなくなった。  →施設入所等　・　入院 (名称 　　　　　 　　　)  （　 　 　年　 　月　　 日から）  □　本市に住所がなくなった。  □　要介護度が変更になった。  →要介護・要支援　　（　 　 年　 　月　 　日から）  □　非課税世帯ではなくなった。  □　死亡  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |