

第4号様式（第8条関係）

蕪崎市介護用品支給事業資格等（変更・喪失）届

年 月 日

（宛先）蕪崎市長

届出者（介護している方）

〒

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 _____

蕪崎市介護用品支給事業実施要綱第8条の規定により次のとおり届け出ます。

介護を受ける方	氏 名			
	住 所			
	電話番号		介護被保険者番号	
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	（ 歳）

喪失	理 由	1 死亡 3 入院・入所（	理由発生年月日
		2 転出 4 その他（	年 月 日

変 更	内 容	
-----	-----	--

注1：介護用品クーポン券は到来月の券は使えますが、未到来月の券は使えません。

注2：介護を受ける方が利用の要件を満たさなくなった場合は、速やかにその旨を蕪崎市に届けるとともに、その翌月以降分の介護クーポン券を速やかに蕪崎市へ返還してください。