

様式第2号

<p>矢掛町家族介護用品支給資格消滅届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>社会福祉法人矢掛町社会福祉協議会 会 長 山 岡 敦 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 矢掛町 番地</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p>次の理由により受給資格が消滅したのでお届けします。</p>	
<p>在宅高齢者の氏名</p>	
<p>消滅年月日</p>	<p>年 月 日</p>
<p>消滅理由</p>	<p>1 死亡した</p> <p>2 他市町へ転出した</p> <p>3 要介護4又は5でなくなった</p> <p>4 病院,又は診療所に継続して3箇月を超えて入院した</p> <p>5 施設等に3箇月を超えて入所した</p> <p>6 その他()</p>
<p>備考</p>	