

別記様式第5号 (第12条関係)

在宅介護者介護手当受給資格喪失届

令和 年 月 日

佐野市長 様

介護者 住所

氏名

㊞

電話

次のとおり資格を喪失しましたので、届け出ます。

喪失年月日	令和 年 月 日	
喪失事由 (該当事由に○)		介護者でなくなったため 理由()
		佐野市外へ転出したため(受給者・要介護者) 転出先住所: 電 話:
		要介護者が死亡したため
		要介護者が7条第1項の規定に該当しなくな ったため