

様式第7（第17条関係）

小牧市家族介護用品支給事業利用資格喪失届

年 月 日

（宛先）小牧市長

申請者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり喪失しましたので届け出ます。

要介護者 氏名		被保険者 番号	
住所			
喪失理由	要介護者	<input type="checkbox"/> 要介護状態区分の変更のため	
		<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所したため	
		<input type="checkbox"/> ショートステイサービスの所定期間を超過したため	
	利用者	<input type="checkbox"/> 死亡・転出により被保険者資格を喪失したため	
		<input type="checkbox"/> 生計を一とする世帯全員が市民税非課税でなくなったため	
喪失年 月 日	年 月 日		

※ 残存する利用券を添えて提出してください。