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 | □ 要介護状態区分の変更のため |
| □ 介護保険施設に入所したため |
| □ ショートステイサービスの所定期間を超過したため |
| □ 死亡・転出により被保険者資格を喪失したため |
| 利用者 | □ 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。 |