

第5号様式

船橋市ねたきり身体障害者及び重度知的障害者介護手当受給資格喪失届

年 月 日

船橋市長 あて

(〒 -)

住 所 船橋市

届出人

氏 名

船橋市ねたきり身体障害者及び重度知的障害者介護手当の受給資格を喪失しましたので、下記のとおり届け出ます。

記

フリガナ	
介護者の氏名	
介護者の住所	船橋市
フリガナ	
ねたきり身体障害者等の氏名	
ねたきり身体障害者等の住所	船橋市
受給資格を喪失した理由	1 ねたきり身体障害者等が死亡した。 2 介護者が死亡した。 3 ねたきり身体障害者等でなくなった。 4 ねたきり身体障害者等が市外へ転出した。 5 介護者が市外へ転出した。 6 その他 ()
上記の理由が発生した日	年 月 日

事務処理欄

受 理	申請内容確認	システム入力	入力確認