様式第5号（第2条関係）

発第　　　　号

年　　月　　日

様

三股町長

介護手当受給資格認定通知書

年　　月　　日付けで申請のありました　　　　　　介護手当について、次のとおり認定しましたので通知します。

記

1　手当月額　　　　　　　　　　　　　　　　円

2　支給開始年月　　　　　　　年　　　月分から

（注）　　　　　　入院したり、死亡又は住所変更があった場合は、至急届け出てください。