様式第8号（第4条関係）

介護手当受給資格喪失届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏　　　　名（生年月日） | 　　年　　　　月　　　　日生 | 性　　　別 | 男・女 |
|  |
| 住　　　　所 |  |
| 年　　月　　日　　死亡年　　月　　日　　施設入所・病院入院施設名病院名年　　月　　日　　転出　　受給者（転出先　　　　　　　　）その他の理由 |
| 年　　月　　日受給者住所　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　㊞三股町長　様 |