

様式第6号（第6条関係）

年 月 日

琴平町 様

届出人

住 所

氏 名

連絡先

琴平町在宅ねたきり老人介護家庭福祉手当受給資格喪失届

下記のとおり琴平町在宅ねたきり老人介護家庭福祉手当の受給資格について、琴平町在宅ねたきり老人介護家庭福祉手当支給規則第6条第1項の規定により届け出ます。

記

受給資格者	住 所	
	氏 名	
在宅ねたきり老人	住 所	
	氏 名	
資格喪失事実	受給資格者又は在宅ねたきり老人について 1 死亡 2 転出 3 入院・入所 病院・施設名 ( ) 4 その他( )	
上記事実の 発 生 年 月 日	年 月 日	

(注) 「資格喪失事実」については、該当する事実には○を付けてください。