

重度心身障害者等介護手当受給資格喪失届

年 月 日

(あて先) 津市長

(〒)
住 所
受給者 氏 名 ⑩
電 話

次のとおり重度心身障害者等介護手当の受給権を喪失したので届け出ます。

障 害 者 氏 名	
喪 失 の 理 由 (該当する事項の番号を○で囲んでください。)	1 介護者でなくなった 2 市内に住所を有しなくなった 3 障害者が死亡した 4 障害者でなくなった 5 その他 ()
受 給 権 喪 失 年 月 日	年 月 日

※自署の場合は押印不要です。