様式第６号（第９条関係）

年　　月　　日

家族介護用品購入助成事業受給資格喪失届

（宛先）　安曇野市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

住所

氏名

電話　　　　　　（　　　　）

安曇野市介護用品購入助成券の受給資格を喪失したので、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護者氏名 |  |
| 喪失理由 | (１)　受給者又は要介護者が死亡した。  (２)　受給者が要介護者を介護しなくなった。 |
| 上記の理由が  発生した日 | 年　　　月　　　日 |
| 返還する助成券  ※返還する助成券を添付すること。 | 枚 |