様式第６号の２（第10条関係）

　年　　月　　日

家族介護用品購入助成事業受給資格停止届

（宛先）　安曇野市長

（受給者）

住所

氏名

電話　　　　（　　　）

　家族介護用品購入助成事業の受給資格を下記のとおり停止したいので、届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護者氏名 |  |
| 資格停止理由 | (１)　要介護者が市外に転出した。  (２)　要介護者が医療機関への入院又は規定の施設への入所等をする状況に至り、交付されている助成券有効期限内において使用できる見込みがなくなったとき。 |
| 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 |