様式第６号の３（第10条関係）

年　　月　　日

家族介護用品購入助成事業受給資格再開届

（宛先）　安曇野市長

（届出者）

住所

氏名

電話　　　　（　　　　）

　次のとおり、（市内への転入・医療機関からの退院・別表に掲げる施設から退所）しましたので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護者氏名 |  | 生年月日 |
| 年　　月　　日 |
| 受給資格再開理由 | ・市内への転入・医療機関からの退院・別表に掲げる施設からの退所 |
| 上記の事由の発生日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者 | 同意署名欄 | 同意内容 |
| 要介護者 |  | 市が、要介護者の住民基本台帳、医療機関への入院又は施設入所等に関する情報及び交付を受けようとする年度の助成券の交付状況を照会することに同意します。 |
| 代筆者氏名： |

安曇野市家族介護用品購入助成事業受給資格再開承認等に当たり必要な以下の情報を市が照会することに同意します。