

給付の要件に該当しなくなった場合にご提出ください。

記入例

様式第8号（第14条関係）

家族介護用品給付中止申出書

令和5年 4月 1日

東三河広域連合長 様

東三河広域連合家族介護用品給付事業実施要綱第14条の規定に基づき、次のとおり家族介護用品給付の中止を申し出ます。

|              |      |                                                   |              |    |
|--------------|------|---------------------------------------------------|--------------|----|
| (受給者)<br>申請者 | フリガナ | コウイキ ハナコ                                          | 被保険者<br>との続柄 | 長女 |
|              | 氏名   | 広域 花子                                             |              |    |
|              | 住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇丁目〇〇<br>電話番号 ( 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 ) |              |    |

|                  |                    |                         |            |            |  |
|------------------|--------------------|-------------------------|------------|------------|--|
| (該当要介護者)<br>被保険者 | フリガナ               | コウイキ タロウ                | 被保険者<br>番号 | 0123456789 |  |
|                  | 氏名                 | 広域 太郎                   |            |            |  |
|                  | 住所                 | 〒 介護を受けている方<br>電話番号 ( ) |            |            |  |
|                  | (申請者と異なる<br>場合は記入) |                         |            |            |  |
|                  | 生年月日               | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 6年 1月 1日   |            |            |  |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 中止の理由<br>(該当する□に<br>レ印を記入) | <input type="checkbox"/> 受給者又は該当要介護者が東三河広域連合構成市町村内に住所を有しなくなった。<br><input checked="" type="checkbox"/> 該当要介護者が死亡した。<br><input type="checkbox"/> 上記以外の事由により、該当要介護者が東三河広域連合の被保険者ではなくなった。<br><input type="checkbox"/> 該当要介護者が要介護4又は5に該当しなくなった。<br><input type="checkbox"/> 該当要介護者が在宅で受給者からの介護を受けなくなった。<br><input type="checkbox"/> 受給者又は該当要介護者の属する世帯が市町村民税非課税世帯ではなくなった。<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【添付書類】 東三河広域連合家族介護用品給付券

残りの給付券を添えて、ご提出ください。