

様式第8号（第14条関

給付の要件に該当しなくなった場合に、
ご提出ください。

家族介護用品給付中止申出書

平成31年 4月 15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。

介護をしている方（受給者）

（家族介護者） 申請者	フリガナ	広域 花子	被保険者 との続柄	長女
	氏名	広域 花子		
	住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇 電話番号（0000-00-0000）		

介護を受けている方

（被介護者） 被保険者	フリガナ	広域 太郎	被保険者 番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	氏名	広域 太郎											
	住所 (申請者と異なる 場合は記入)	〒 電話番号（ ）											
	生年月日	明治・大正・昭和	4	年	1	月	1	日	（90歳）				

中止の理由
(該当する□に
レ印を記入)

- 被介護者が介護度の要件（要介護4又は5）に該当しなくなった。
- 受給者又は被介護者の属する世帯が所得要件（市町村民税非課税）に該当しなくなった。
- 被介護者が在宅において生活をしなくなった。
- 被介護者が被保険者の資格を喪失した。
- その他（ ）

【添付書類】 (1) 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。