

重度要介護高齢者異動（消滅）届

年 月 日

(届出先) 新座市長

届出者住所

届出者氏名

続 柄

電 話 番 号

新座市重度要介護高齢者手当について、下記のとおり異動（消滅）したので届けます。

記

受給者氏名			介護保険 被保険者番号										
	<input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()	変更前		変更後									
		<input type="checkbox"/> 受給資格の消滅	<input type="checkbox"/> 本市の住民でなくなった 転出日： 年 月 日										
<input type="checkbox"/> 施設に入所 施設名 () 入所日： 年 月 日													
<input type="checkbox"/> 介護度の変更 前回要介護度 () 今回要介護度 ()													
<input type="checkbox"/> 手当の受給を辞退する													
<input type="checkbox"/> その他 ()													

※ 該当する□の中にレ印を付けてください。