

様式第7号

重度要介護高齢者福祉手当変更（辞退）届

令和 年 月 日

(あて先) 川 口 市 長

住所 _____

受給者 氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

住所 _____

代理人 氏名 _____

電話番号 _____

受給者との続柄 (_____)

下記の事項に該当しましたので届け出ます。

記

受給者氏名	認定番号
該 当 事 由	<input type="checkbox"/> 住所を変更した。(変更前 _____) (変更後 _____) <input type="checkbox"/> 氏名を変更した。(変更前 _____) (変更後 _____) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分に変更があった。(変更後 要介護____・要支援・自立) <input type="checkbox"/> 介護保険料の段階に変更があった。(変更後 第____段階) <input type="checkbox"/> 施設に入所した(施設名 _____) <input type="checkbox"/> 手当の受給を辞退する。
変更等が生じた日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

各項目の該当する□内にv印を付けてください。

受付欄 (長寿支援課)