様式第５号(第10条関係)

介護用品支給中止届

年　　月　　日

（あて先）登米市長

住所

申請者　氏名

電話番号

支給対象者との関係（　　　　　　　　　）

　　介護用品の支給について、次のとおり中止しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支 給 対 象 者  （介護用品を利用する者） | 住　所 | * 申請者と同じ   登米市 | | |
| 氏　名 | * 申請者と同じ | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　　年　　　月　　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 中止の理由 | * 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、養護老人ホームに入所した。（施設等名：　　　　　　　　　　　　　　　） * 市町村民税課税世帯となった。 * 要介護認定で非該当となった。 * 市外に転出した。 * 死亡した。 * 事業の利用が必要でなくなった。   （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 介護用品支給券の原本を添付してください。