第５号様式（第９条関係）

喪失届

上越市在宅介護手当受給資格喪失届

年　　月　　日

（宛先）上越市長

住　所
届出者
氏　名

次のとおり在宅介護手当の受給資格を失ったので届け出ます。

受給資格者（介護者又は介助者）	フリガナ 氏　名	介護又は介助を受ける人の氏名
受給資格喪失事由	１　被介護者等（介護又は介助を受ける人）に次の事由が生じた。 □状態が回復した □施設に入所した（入所施設名：　　） □その他（理由：　　） ２　受給資格者（介護又は介助をする人）について、次の事由が生じた。 □他の市町村に転出した □介護をしなくなった □死亡した □その他（理由：　　）	
発生年月日	年　　月　　日	