

第4号様式（第8条関係）

年 月 日

久留米市長 あて

届出人住所  
届出人氏名  
対象者との続柄（ ）

介護用品支給事業資格喪失届

下記のとおり介護用品支給事業の資格を喪失いたしましたので、届け出いたします。

支給決定者		生年月日	年 月 日
支給決定者住所			
資格喪失の理由	<input type="checkbox"/> 対象者が転出したため <input type="checkbox"/> 対象者が死亡したため <input type="checkbox"/> 施設等に入所したため（施設名： ） <input type="checkbox"/> 長期（1ヶ月以上）入院したため <input type="checkbox"/> 他の制度で同様の給付を受給するようになったため <input type="checkbox"/> 要介護認定要件を満たさなくなったため <input type="checkbox"/> 属する世帯の市県民税が課税されたため <input type="checkbox"/> 生活保護を受給開始したため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	上記事実の発生日 年 月 日		

資格喪失の理由欄は、該当する項目の□に✓をつけ、事実発生日を記載してください。