

紀北町ねたきり高齢者等福祉保健手当受給資格等消滅・変更届

年 月 日

紀北町長 様

(ねたきり高齢者等)

住 所

氏 名

㊞

(介 護 者)

住 所

氏 名

㊞

次のとおり受給資格が消滅・変更しましたのでお届けします。

1 消滅・変更年月日 年 月 日

2 消滅・変更の内容

	内 容
	住所・氏名の変更 ( )
	ねたきりではなくなった ( )
	在宅ではなくなった ( )
	死亡
	振込金融機関等の変更 ( )