様式第5号(第10条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 寝たきり老人等介護手当受給要件喪失届 | | |
| 受給者 | 住所 | 湧別町 |
| 氏名 |  |
| 被介護者 | 住所 | 湧別町 |
| 氏名 |  |
| 受給要件の喪失年月日 | | 年　　 月　　 日 |
| 受給要件の喪失の理由 | |  |
| 上記のとおり受給者の変更を承認されますよう申請します。  年　　 月　　 日  　湧別町長　　　　様  氏名 | | |