

様式第5号(第11条関係)

高齢者家族介護手当受給資格喪失届

年 月 日

鳥羽市長 様

住 所

氏 名

㊟

電話番号

下記の事由により受給権が消滅したので届出します。

記

対 象 者	住所
	氏名
喪失の理由	1 対象者が死亡した 2 対象者の要件に該当しなくなった 3 その他 ()
喪失の時期	年 月 日