

多治見市寝たきり高齢者等介護用品購入助成資格喪失届

年 月 日

多治見市長 様

下記のとおり、多治見市寝たきり高齢者等介護用品購入助成資格喪失の届出をします。

届出者	住所	〒 多治見市		
	氏名	(※)	電話番号	
		(※) 本人が自署しないときは、押印してください。		
高齢者氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
喪失した事由	<p>1 対象者について、次の事実が生じた。</p> <p>(ア) 市外へ転出したため</p> <p>(イ) 死亡したため</p> <p>(ウ) 施設に入所したため</p> <p>2 その他</p>			
該当するものを○で囲んでください。				
喪失事由の発生した年月日	年 月 日			
返却する購入券	年度(前期・後期)分 枚			
備考				