様式第4号(第10条関係)

国民健康保険介護支援事業助成金資格喪失届出書

　　年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

世帯主

住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

　身延町国民健康保険介護機器レンタル助成金の資格を次のとおり喪失したので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レンタル使用者氏名 | |  |
| レンタル開始日 | |  |
| 使用していた機器 | | 1　特殊ベッド　　2　車椅子　　3　移動用リフト  4　歩行補助器　　5　床ずれ防止エアー発生調節器  6　認知症老人徘徊感知器 |
| 資格喪失年月日 | 年　　月　　日 | |
| 資格喪失理由 | 1　死亡した。  2　身延町国民健康保険の被保険者でなくなった。  3　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 備考 | | |