様式第５号（第８条関係）

年　　月　　日

大洲市家族介護用品支給資格廃止届出書

大洲市長　　二宮　隆久　様

住　所

氏　名　　㊞

要介護者との続柄

電　話（　　）　　－

次のとおり、届出いたします。

要介護者氏名	
受給資格の変更・廃止理由	□　死亡 □　大洲市外に転出（　　） □　偽り又は不正な手段により介護用品の支給を受けた □　その他（理由を下記に記入） （　　）
上記の理由が発生した日	年　　月　　日
備考	