

様式第5号（第10条関係）

桂川町在宅寝たきり老人等介護手当変更届

年 月 日

桂川町長 殿

申請者（受給者）

住 所：桂川町

氏 名：

連絡先：

桂川町在宅寝たきり老人等介護手当支給実施要綱第10条の規定に基づき、下記のとおりお届けいたします。

記

寝たきり老人等 氏 名	フリガナ			性別	
				男 ・ 女	
生年月日	年 月 日	年 齢	満 歳		
変 更 事 項		変 更 年 月 日 及 び 理 由			
1 介護者の死亡		年 月 日死亡			
2 寝たきり老人等が死亡		年 月 日死亡			
3 寝たきり老人等が施設入所		年 月 日入所（ ）			
4 寝たきり老人等が施設退所		年 月 日退所（ ）			
5 寝たきり老人等の状態が回復		年 月 日から			
6 寝たきり老人等が入院		年 月 日入院（ ）			
7 寝たきり老人等が退院		年 月 日退院（ ）			
8 寝たきり老人等や介護者が転出		年 月 日転出（ ）			
9 介護者が変わった		年 月 日から次の者が介護する。			
		氏 名		続柄	
		住 所			
		介護手当の請求に関する権限を桂川町役場 健康福祉課長に委任します。 年 月 日 氏名			
		台 帳		確 認	

※ 該当するところだけ記入してください。