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。