

在宅福祉サービス事業 受給資格喪失届
利用辞退届

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市 長

届出者 〒 -

住所

(フリガナ)

氏名

続柄

電話() -

以下のとおり、受給資格を喪失しました。
利用を辞退します。

受給者	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒 電話() -															
	(フリガナ) 氏名																
	個人番号 (マイナンバー)												生年月日	大・昭	年	月	日
	受給サービス	1 家族介護用品購入助成券 2 在宅ねたきり高齢者等見舞金 3 布団乾燥等 4 寝具貸与 5 訪問理美容サービス助成券 6 ふれあいデイサービス 7 緊急通報システム 8 見守り配食サービス * 2 は裏面記載が必要															
	喪失(辞退) 年月日	令和 年 月 日															
	喪失(辞退) 理由	1 死亡 2 回復 3 転出 4 施設入所(施設名:) 5 入院() 6 要介護認定の変更による受給資格喪失 7 同居 8 サービスの必要がなくなった 9 その他()															
決定通知送付先 (死亡時除く)	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> その他(送付先を下欄に記入) 〒 - 住所 氏名 続柄 電話() -																
提出代行者	名称	(<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者) (担当:)															
	所在地	〒 - 電話() -															

* 事務処理欄

申請受付者

2024/4/1改定

※ 在宅ねたきり高齢者等見舞金を受給している方は、以下にご記入ください。

令和 年 月 日 ~ 受給資格喪失日 までの間は、
(又は受給資格取得日)

岡崎市で過ごされましたか。 はい ・ いいえ

医療入院をしましたか。 はい ・ いいえ

入院期間を記入してください。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

(入院先:)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

(入院先:)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

(入院先:)

介護保険施設、有料老人ホーム等の施設に入所しましたか。 はい ・ いいえ

入所期間を記入してください。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

(入所先:)

ショートステイ(短期入所生活介護等)等の宿泊を利用しましたか。

はい ・ いいえ

利用期間を記入してください。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間

未払い見舞金受取者

*** 相続人を記入(配偶者優先)**

住所	1. 届出者に同じ 2. 岡崎市											
(フリガナ) 氏名	続柄()											
金融機関	銀行 店番(3桁) _____ 店支店 信用金庫 農業協同組合											
口座番号	普通預金 ・ 当座預金	第										号
		(7桁)										

※事務処理欄

在宅日数確認	10/20	11/20	10/20	11/20	11/20	10/20	11/20	10/20	11/20	11/20	10/19	11/20		
支給対象月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	支給月数	カ月