

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	☐ 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 家族介護用品給付 (おむつ券) 4 ひとり暮らし高齢者見守り配食サービス 2 在宅ねたきり高齢者訪問理美容サービス 5 ふれあいデイサービス 3 ひとり暮らし高齢者等緊急通報システム ※3 緊急通報装置の返却 ☐ 喪失届と同時に返却 ☐ 月 日に返却予定 ☐ 工事依頼希望												
	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)		☐ 受給者と同じ ☐ 届出者と同じ ☐ 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	☐ 地域包括支援センター ☐ 指定居宅介護支援事業者	電話	
		担当	