この用紙は、ねたきり高齢者の方が、老人保健施設等への入所及び退所、病院への入院（16日以上）及び退院、その他受給要件を満たさない状態となった場合に提出してください。
特に、退所、退院の場合は必ず提出してください。

様式第４号（第５条関係）

ねたきり高齢者等介護手当受給資格（変更・喪失）届

年　　月　　日

大田原市長　　様

住所　大田原市
受給者
（介護者）　氏名

ねたきり高齢者等介護手当を受給していましたが、次のとおり（変更・喪失）しましたので届出ます。

受給者住所	新	大田原市		電話番号（　　）	
	旧	大田原市		電話番号（　　）	
受給者の変更	新	住所		電話番号（　　）	
		氏名		ねたきり高齢者等との続柄	
		金融機関名		支店名	
		種類	普通　・　当座	口座番号	
	旧	住所			
		氏名			
	変更理由				

資格変更喪失理由	ねたきり高齢者等の氏名		被保険者番号
	・〔　　〕入院中・〔　　〕に入所(短期) ・死亡　・その他（退院, 介護度変更など　　）		
変更・喪失年月日	年　　月　　日		

処理	受給者番号（　　） 年　　月　　日	決裁	課長	係長	係