

年 月 日

坂出市長 殿

申請者
(受給権者)

住所

氏名 ※

電話 —

対象者との続柄 ()

※署名（氏名を自署）できない場合は、記名押印が必要です。

坂出市在宅ねたきり高齢者・障害者介護慰労金受給権消滅届

次のとおり、受給権が消滅したので届けます。

記

氏 名	対象者	
	受給権者	
受給権消滅の理由	ア 死亡（対象者・受給権者） イ 市外への転出（対象者・受給権者） ウ 施設入所（対象者・受給権者） エ 3月以上入院（対象者・受給権者） オ 介護度の変更 カ その他（ ）	
受給権消滅年月日	年 月 日	