（様式４号）

届　出　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）広　島　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　届出者　　　住所　　　　　　区　　　　　　　丁目　　　番　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地

　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　(TEL －　 　　)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (介護を必要とする方との続柄 ）

　　介護用品の支給について、以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護を必要とする方 | フリガナ氏名 |  | 歳 | 生年月日  明・大・昭　　年　　月　　日生 | | |
| 住所 | 区　　　　　　　丁目　　　　番　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | 電話番号  　　　　－ |
| 介護保険法第１９条第１項に規定する要介護認定結果 | | | | □ 要介護４　□ 要介護５ | |
| 変　更 | ① 市内転居  　　　（新）広島市　　　　 区　　　　　　　　丁目　　　番　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　 (電話番号 －　　　　　　)  　　　（旧）広島市　　　　　区　　　　　　　　丁目　　　番　　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　 (電話番号 －　　　　　　)  ② 支給対象者  　　 （新）  　　 （旧） | | | | | |
| 廃　止 | ①　市外転出  ②　施設入所・長期入院   1. 介護を要する方の属する世帯が市民税非課税世帯でなくなった 2. 介護を要する方が要介護４・５でなくなった 3. 死亡 4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 事実発生日  （※） | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |

※　事実発生日の翌月から介護用品の支給を廃止します。

* 住所を変更
* 支給対象者を変更
* 介護用品の支給を廃止し

届出者及び事業者へ通知

上記のとおり届出がありましたので　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　してよいでしょうか。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 係 | 係　　長 | 課　　長 | 公　　印 | 施　　行 |

専社高２１８　１７．１２改　Ａ４　再生５５　５年