

様式第 5 号（第 9 条関係）

会津坂下町高齢者介護用品給付事業利用変更届出書

年 月 日

会津坂下町長

届出人 住所

氏名

（利用者との続柄）

電話番号

下記の理由により変更がありましたので、会津坂下町高齢者介護用品給付規則第 9 条の規定により給付券を添えて届けます。

給付番号	
氏 名	
住 所	
事 由	1 給付券の有効期間が経過した。 2 本町の住民でなくなった。 3 利用者が死亡した。 4 利用者が入院した。 （入院先 ） 5 利用者が施設に入所した。 （施設名 ） 6 要介護認定が 4、5 以外になった。 7 その他（ ）
上記事由発生日	年 月 日