

様式第6号(第6条関係)

令和 年 月 日

佐渡市長 様

受給者 住 所

氏 名

㊞

介護手当受給資格消滅届

次の理由により、佐渡市介護手当の受給資格が消滅したのでお届けします。

1 障害者の氏名

(被保険者番号 )

2 消 滅 理 由

3 消 滅 年 月 日 令和 年 月 日

※ 担当確認

添付書類 介護手当支給事業現況調査票