様式第7号（第12条関係）

介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業利用変更届出書

年　　月　　日

庄内町長　　　　　　　　　宛

届出者　住所

氏名

電話

対象者との続柄

　次の理由により変更がありましたので、庄内町介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業実施要綱第12条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 事由 | 該当する番号に○を付けてください。  1　死亡し、又は町外に転出したため。  2　町内で住所を変更したため。  3　介護保険施設に入所するため。  4　医療機関に3箇月以上入院するため。  5　外出支援の利用の必要がなくなったため。  6　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 | | | |