

川 越 市 要 介 護 高 齢 者 手 当 受 給 者 変 更 届

年 月 日

(提出先) 川越市長

申請の内容が変更になった
要介護高齢者手当受給者の 受給資格が消滅した 受給を辞退したい
ので届け出ます。

受給者住所	川越市														
フリガナ					J	C									事由
受給者氏名					介護保険 被保険者 番号										
受給資格 消滅	☐ 施設入所 (年 月 日、入所先) ☐ 居宅サービス又は地域密着型サービスの利用 (年 月 日、利用先) ☐ 転 出 (年 月 日、転出先) ☐ 辞 退 (年 月 日) ☐ 要介護状態区分の変更 変更後要介護状態区分 [] 変更後要介護認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ その他支給の要件に該当しなくなった (年 月 日、)														
変 更 内 容	☐ 住所 ☐ 氏名 ☐ その他		変 更 前				変 更 後								
振込口座の 変 更	口座名義人	フリガナ					銀行コード								
		氏 名					支店コード								
	ゆうちょ銀行 以 外 の 金 融 機 関	銀行 信用金庫 農 協 本店 支 店 出張所													
		預金種目	普通・当座		口座 番号										
	ゆうちょ銀行	記 号				番 号									
受給資格消滅年月日	年 月 日														

※ の部分には記入しないでください。 ※該当する□に✓印を付けてください。

※振込先は、必ず、要介護高齢者本人名義の口座を指定してください。 〈高齢者いきがい課〉