

家族介護用品給付事業  
廃止届

番 号		
利 用 者	フリガナ	
	氏 名	
介護用品 使用者	フリガナ	
	氏 名	
廃 止 事 項	1 (利用者・介護用品使用者) が次に掲げる要件に該当している。 ・ 市民税課税世帯に属している。 ・ 配偶者が市町村民税課税者である。 ・ 市町村民税課税者の扶養親族等となっている。	
	2 (利用者・介護用品使用者) が函館市外に転出している。	
	3 (利用者・介護用品使用者) が死亡している。	
	4 介護用品使用者の要介護度が要介護3・4・5以外になっている。 認定日： _____ 年 月 日 要介護度 _____	
	5 要介護認定資料で介護用品が必要な状態であることが確認できない。	
	6 介護用品使用者が生活保護制度の被保護者である。	
	7 介護用品使用者が在宅でない。	
	8 その他 ( _____ )	

上記のとおり届出します。

( 利用券返却 ・ 利用券返却不可 理由： 紛失 ・ 廃棄 ・ その他 )

年 月 日

函館市長 あて

利用者氏名