

様式第3号（第10条関係）

在宅障害者等介護者手当受給資格喪失届			
氏名		認定番号	第 号
住所			
受給資格がなくなった理由			
理由が発生した日	年 月 日		
<p>上記のとおり在宅障害者等介護者手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p>美郷町長 様</p>			