

介護手当継続支給変更届

年 月 日

山梨県知事 殿

居 住 地

フリガナ
氏 名

被爆者健康手帳の番号

下記のとおり、介護手当継続支給要件に変更があったので届け出ます。

1 1ヶ月を通じて介護を受けなかった場合

理 由	1 付き添い介護が不要な医療機関に入院した 医療機関の名称 所 在 地 入院年月日 年 月 日
	2 その他 () 介護を受けなかった月 年 月

2 施設に入所した場合

施設の名称
所 在 地
入所年月日 年 月 日

3 重度障害（規則別表第3）に該当しなくなった場合

理 由	
該当しなくなった年月日	年 月 日