様式第5号（第9条関係）

　　　　年　　月　　日

丸亀市介護用品等購入補助金受給権消滅届

丸亀市長　　　　　宛

（申請者）

住所

氏名

続柄

電話　　（　　）

丸亀市介護用品等購入補助金の受給権が消滅したので届け出ます。

記

１　受給権者氏名

２　受給権消滅の理由

ア　受給権者死亡

イ　受給権者が市内に住所を有しなくなった。

ウ　在宅ねたきり高齢者等が死亡

エ　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

３　受給権消滅年月日　　　　　　年　　月　　日