介護手当継続支給変更届

福岡県知事　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

居住地

１　重度障害に該当しなくなった場合

|  |  |
| --- | --- |
| 理　　由 | １　障害の程度が規則別表第３に該当しなくなった  ２　その他 |
| 該当しなくなった年月日 | 年　　　月　　　日 |

２　継続支給に該当しなくなった場合

|  |  |
| --- | --- |
| 理　　由 | １　社会福祉施設に入所した  ２　基準看護病院に入院した |
| 入所又は入院した施設の名称 |  |
| 該当しなくなった年月日 | 年　　　月　　　日 |

３　１か月を通じて介護を受けなかった場合

|  |  |
| --- | --- |
| 介護を受けなかった月 | 年　　　月　　　日 |