（様式第５号）

受 給 資 格 喪 失 届

受給資格者氏名		認定番号	
受給資格者住所	〒		
受給資格喪失理由	１．独立行政法人自動車事故対策機構が設置及び委託した療護施設又は重度脊髄損傷者受入環境整備事業（モデル事業）の委託施設に入院することとなった。 施設名（　　） ２．労働者災害補償保険法に基づく介護（補償）給付等、他の法令に基づく類似の給付を受けることとなった。 給付名（　　） ３．障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等他の法令に基づき重度の障害を持つ者を収容することを目的とした施設に入所することとなった。 施設名（　　） ４．介護保険法に基づく介護給付又は予防給付を受けることとなった。 介護給付又は予防給付を最初に受けた日 （令和　　年　　月　　日） ５．その他の理由による。 理　由（　　）		
喪失理由発生日	令和　　年　　月　　日		

上記のとおり、介護料受給資格がなくなりましたので、お届けします。

令和　　年　　月　　日

独立行政法人自動車事故対策機構

理 事 長　殿

〒

住 所　　電話

申請者

氏 名　　受給資格者との続柄

（　　）

（日本産業規格Ａ列４番）