



(裏面)

事業所名	訪問介護 ( )
	訪問入浴介護 ( )
	福祉用具貸与 ( )
	福祉用具購入 ( )
	居宅介護支援 ( )

**2 支援事業を利用する必要がなくなった場合**

<理由> 次の中から選んでください。

ア 申請者が入院することとなった

イ 申請者が亡くなった

ウ その他 ( )