様式第8号

(表面)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 障害児福祉手当特別障害者手当(福祉手当) | 資格喪失届 | 　 |
| 　 |
| 　 | (ふりがな)受給者の氏名 | 　 | 個人番号 | 　 | 　 |
| 　 |
| 受給者の住所 | 　 |
| 受給資格がなくなった理由 | 　1　障害年金等を受けるようになった。(種類　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　2　施設に入所した。(種類　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　3　病院・診療所に継続して3か月を超える入院をするに至った。　4　障害の程度が法施行令第1条に掲げる障害の状態に該当しなくなった。　5　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 上記の理由が発生した日 | 　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 　上記のとおり、 | 障害児福祉手当特別障害者手当(福祉手当) | を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。 |
| 　　　令和　　　年　　月　　日氏名　　　　　　　　　　　　　　綾部市福祉事務所長　様 |

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(裏面)

1　「受給資格がなくなつた理由」の欄は、該当する番号を○で囲むとともに(　)内にその内容を具体的に記入してください。

2　受給者が死亡したときは、この届ではなく、戸籍の届出をしなければならない人に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。