

障害児福祉手当
特別障害者手当 資格喪失届
(福祉手当)

(ふりがな)		個人番号	
受給者の氏名			
受給者の住所			
受給資格がなくなつた理由	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つた。 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つた。 5 その他()		
上記の理由が発生した日	年 月 日		

障害児福祉手当
上記のとおり、特別障害者手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。
(福祉手当)

年 月 日

氏 名

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ふことになります。