

(表 面)

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) 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3か月以上継続して入院するに至った。			
	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		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)

令和 年 月 日

氏 名

宇部市福祉事務所長 様

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

(日本工業規格A列4番)

(裏 面)

- 1 「受給資格がなくなった理由」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々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。