様式第７号（第２０条関係）

障害児福祉手当
特別障害者手当 資 格 喪 失 届
（福 祉 手 当）

（フリガナ） 受給者の氏名												
受給者の住所	〒											
受給者の個人番号												
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											

上記のとおり、　障害児福祉手当
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。
経過的福祉手当

年　　月　　日

氏　　名

鹿児島市福祉事務所長　殿　　電話番号

◎　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。

（裏　面）

1　「受給資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を〇で囲むとともに（　）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。