

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
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。 (施設の名称) 3. 病院・診療所に3ヶ月以上継続して入院するに至った。 (年 月 日) から (病院・診療所) に入院中。 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)

年 月 日

氏 名

鹿児島市福祉事務所長 殿

◎ 記名押印に代えて署名することができます。

(注意)

1. 「受給資格がなくなった理由」の欄には、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。