

様式第 8 号

特別障害者手当
障害児福祉手当 資格喪失届
(福祉手当)

(ふりがな) 受給者の氏名		個人番号 (マイナンバー)	
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3ヶ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 () 6. 死亡		
上記の理由が発生した日	年 月 日		

特別障害者手当
上記のとおり、障害児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。
(福祉手当)

令和 年 月 日

氏 名 ⑩

(宛先) 長 野 市 長