

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)

<p>特別障害者手当 障害児福祉手当 資 格 喪 失 届 (福祉手当)</p> <hr/>			
(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	<p>1. 障害年金等を受けるようになった。 (種類 )</p> <p>2. 施設に入所した。 (種類 )</p> <p>3. 病院・診療所に3ヶ月以上継続して入院するに至った。</p> <p>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。</p> <p>5. その他 ( )</p> <p>6. 死亡</p>		
上記の理由が発生した日	<p style="font-size: 24px; color: red;">年            月            日</p>		
<p>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)</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="margin-left: 300px;">氏 名</p> <p>(宛先) 長 野 市 長</p>			