

特別障害者手当  
障害児福祉手当 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       | 呉市  |
| 受給資格がなくなった理由 | 1. 障害年金を受けようになった。<br>(種類 )<br>2. 施設に入所した。<br>(種類・名称 )<br>3. 病院・診療所等に3か月以上継続して入院・入所するに至った。<br>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。<br>5. 20歳に到達した。<br>6. その他<br>( ) |
| 上記の理由が発生した日  | 令和 年 月 日  |

上記のとおり、  
 障害児福祉手当  
 特別障害者手当  
 ( )  
を受け資格がなくなりましたので届け出ます。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

連絡先

呉市福祉事務所長 様

※記名押印に代えて署名することができます。