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．障害年金を受けるようになった。 （種類　　） ２．施設に入所した。 （種類・名称　　） 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。 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。 ５．２０歳に到達した。 ６．その他 （　　）
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　　を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。
☐（　　）

令和　　年　　月　　日

受給者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※以下は届出人が本人の場合は記載不要です。

届出人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者との続柄

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

呉市福祉事務所長　様