

(表 面)

障害児福祉手当 特別障害者手当 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	〒											
受給者の 個人番号												
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か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()											
上記の理由が発 生した日	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。 経過的福祉手当 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">氏 名</div> 江 田 島 市 長 様 電話番号												

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

(A列4番)

(裏 面)

- 1 「受給資格がなくなった理由」の欄は、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々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。