障害児福祉手当
特別障害者手当　資格喪失届
（福 祉 手 当）

| | |
|---|---|
| （ふりがな）<br>受給者の氏名 | |
| 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。<br>（種類　　）<br>2　施設に入所した。<br>（種類　　）<br>3　病院・診療所に3か月以上継続して入院するに至った。<br>4　障がいの程度が法施行令第1条に掲げる障がいの状態に該当しなくなった。<br>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（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。

年　　月　　日

氏名　　㊞

（宛先）野田市福祉事務所長

◎　受給者の氏名欄は、記名押印に代えて署名によることができます。
◎　次の注意事項をよく読んでから記入してください。

注意事項

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、受給者の死亡届を出してもらうことになります。