

様式第10号(第20条関係)

(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)

(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	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ヶ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		

障害児福祉手当
上記のとおり、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。
(福祉手当)

年 月 日

氏 名

Ⓜ

殿

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(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に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。