

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)		個人番号
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。 ( 種類 ) 2 施設に入所した。 ( 種類 ) 3 病院・診療所に 3 か月を超えて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

(あて先) 秋田県〇〇福祉事務所長

- 「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。
- 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方に受給者の死亡届を出してもらうことになります。