

障害児福祉手当
特別障害者手当 資格喪失届
(福祉手当)

(あて先) 松戸市長

(ふりがな) 受給者の氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
受給者の住所	
受給中の手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 (受給者番号:) <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 (受給者番号:) <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 (受給者番号:)
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ヶ月を越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 20歳に到達した。 6 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

㊟

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

- 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、この届けではなく、戸籍法の規定により届出をしなければならぬ人々から、受給者の死亡届を出してもらうことになります。