様式第８号

（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 |  |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　伊豆の国市福祉事務所長　殿 |

◎　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。

（日本工業規格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。