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。