

特別障害者手当
障害児福祉手当 死 亡 届
福 祉 手 当

(要綱様式17号)

(ふ り が な)	
受 給 資 格 者 氏 名	
(ふ り が な)	
住 所	
死 亡 年 月 日	年 月 日

上記のとおり 受給資格者が死亡したので届け出ます。

年 月 日

住所

氏名

(死亡した者との続柄)

福島県 保健福祉事務所長 様

◎ この届には、死亡を証明する書類（例：死亡診断書）を添付して提出してください。