

特別障害者手当
障害児福祉手当 資 格 喪 失 届
福 祉 手 当

(要綱様式 16 号)

(ふ り が な) 受 給 者 の 氏 名	
受 給 者 の 住 所	
受給資格がなくなつた理由	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・診療所に継続して3ヶ月を超えて入院するに至った。 (入院した年月日： 年 月 日) 4 障害の程度が法施行令第1条に掲げる障害の程度の状態に 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

特別障害者手当
上記のとおり 障害児福祉手当 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

福島県 保健福祉事務所長 様

(注)

- 1 「受給資格がなくなつた理由」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から受給者の死亡届を出してもらうことになります。