



※※ 第 号	
※ 経 由 市 町 村 名	※ 市 町 村 受 付 年 月 日 令 和 年 月 日
※ 市 町 村 令 和 年 月 日 号 提 出 第 号	※ 市 町 村 令 和 年 月 日 号 再 提 出 第 号

**特別児童扶養手当 資格喪失届  
受給者死亡届（未支払手当請求書）**

(フリガナ) 受 給 者 氏 名		受 給 者 記 号・番 号	島 特 第 号
		個 人 番 号 (死亡の場合不要)	
受 給 者 住 所	〒 TEL ( )		
資格がなくなった理由 非該当事由 裏面から該当するものを選んで、その番号を○で囲んでください。	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15		
資格喪失の理由が発生した日 (非該当年月日)	令 和 年 月 日		

※ 受給者死亡で未支払分がある場合、記入してください。

(フリガナ) 請 求 者 である 障 害 児 氏 名	児 童 住 所	〒
個 人 番 号	届 出 人 住 所	〒
届 出 人 氏 名 (受給者との間柄)	支 払 金 融 機 関 ( )	名 称 口座番号 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します ※利用する場合でも口座情報を記入してください

この欄は、請求者である障害児にかわって未支払の手当を受け取る人があるときに、その人の氏名、住所及び障害児との続柄を記入してください。

上記のとおり、届け出(請求)します。

令 和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

福島県知事 様

※ 担 当 市 町 村 確 認 欄	(確認した事項に「✓」を記入。)	備 考 (参 考 事 項) (喪失理由、聞き取り内容)
	<input type="checkbox"/> 住民票(除票) ( 年 月 日に したことを確認) <input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本(附票) ( 年 月 日に したことを確認) <input type="checkbox"/> 入所措置決定通知書 令和 年 月 日 入所 (施設名) <input type="checkbox"/> 年金裁定通知書の写 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 過払い金発生の場合、受給者に説明 (済)

※※ 債 権 期 間	年 月 ~ 年 月 分	金 額	※ 市 町 村 担 当 者	Ⓜ
------------	-------------	-----	---------------	---

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※、※※の欄は県、市町村で記入する欄です。  
◎字は楷書ではっきり書いてください。

## 注意

- 1 「資格がなくなった理由」の欄は、次に掲げるところにより該当する文字を○で囲んでください。
  - 01 受給者又は支給対象障害児が日本国内に住所を有しなくなった
  - 02 受給者が支給対象障害児の父又は母である場合であって、支給対象障害児がその父又は母に監護されなくなった。
  - 03 父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、支給対象障害児が受給者である父又は母に主として生計を維持されなくなった。
  - 04 父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、支給対象障害児が受給者である父又は母に主として介護されなくなった。
  - 05 受給者が養育者（父母以外の者）である場合であって、支給対象障害児がその養育者に養育（同居、監護、生計維持）されなくなった。
  - 06 障害児が少年院、少年鑑別所に入所し、監護が及ばなくなったとき
  - 07 支給対象障害児が死亡した。
  - 08 支給対象障害児が20歳に達した。
  - 09 支給対象障害児が婚姻（事実婚含む）した。
  - 10 支給対象障害児が障害による年金を受けることができるようになった。
  - 11 支給対象障害児が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める障害の状態に該当しなくなった。
  - 12 受給者が死亡した。
  - 13 受給者が辞退した。
  - 14 支給対象障害児が児童福祉施設等に入所した。
  - 15 その他支給要件に該当しなくなった。
- 2 非該当事由が12の場合は、それを証明する書類（戸籍、死亡診断書等）を添付してください。
- 3 この届について分からないことがありましたら、市役所又は町村役場の人によく聞いてください。