

様式第17号(第23条関係)

特別障害者手当
障害児福祉手当 資格喪失届
福祉手当

(ふりがな)	
受給者の氏名	
受給者の住所	
支給手当 月額	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か月を超えて入院するに至った。 (入院した年月日:) 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

(元号) 年 月 日

氏名 ㊟

喜多方市福祉事務所長 様

(注)

- 「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。
- 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。