様式第１４号（第２１条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 障害児福祉手当特別障害者手当　　（福祉手当） | 資格喪失届 |
| （ふりがな） |  |
| 受給者の氏名 |  |
| 受給者の住所 | 〒電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給資格がなくなった理由 | 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３か月以上継続して入院するに至った。４．障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第１条に掲げる障害の状態に該当しなくなった。５．死亡した６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記の理由が発生した日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 上記のとおり、 | 障害児福祉手当特別障害者手当（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。 |
| 　　　　　年　　　月　　　日氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　春日部市福祉事務所長　あて |

１　受給者の死亡による場合は、個人番号の記入は不要です。

２　「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。