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。