様式第１４号（第２１条関係）

障害児福祉手当 特別障害者手当　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	〒 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

障害児福祉手当
上記のとおり、特別障害者手当　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

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。