

(表 面)

障害児福祉手当
特別障害者手当 資格喪失届
(福祉手当)

(フリガナ) 受給者の氏名											
受給者の住所	〒										
受給者の 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 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 経過的福祉手当 を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

年 月 日

春日部市福祉事務所長 殿 氏 名
電話番号

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

(A列4番)

(裏 面)

- 1 「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。
- 2 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々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。