

記入例

(表 面)

		障害児福祉手当 特別障害者手当 (福祉手当)		資格喪失届							
(フリガナ) 受給者の氏名	カスカベ タロウ		マイナンバーは【コピー不可】ため 関係書類の添付は不要です こちらに記入のみでお願いします								
	春日部 太郎										
受給者の住所	〒 344-0067 春日部市中央〇丁目〇-〇										
受給者の 個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
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 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇) 病院・診療所に3か月以上継続して入院するに至った。 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 定める障害の状態に該当しなくなった。)										
上記の理由が 発生した日		令和〇年 4月 1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。							
令和〇年 4月 1日		春日部市福祉事務所長 殿		氏 名 春日部 太郎		電話番号 080-〇〇〇〇-XXXX					

◎ 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)