様式第11号(第7条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 特別障害者手当（障害児福祉手当）資格喪失届出書 | | | |
|  | (ふりがな)  受給者の氏名 |  |  |
|  |
| 受給者の住所 |  |
| 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　障害の程度が法施行令第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）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　　　　　　　　　　印  　　　八頭町長　様 | | | |

◎　「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。

◎　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。