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。