

特別障害者手当 資格喪失届

(ふりがな) 受給者の氏名		個人 番号	
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箇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、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

続柄 ()

注 ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(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に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。