

様式第 8 号

特別障害者手当
障害児福祉手当 資格喪失届
福祉手当

(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 (年金等の種類) 2 施設に入所した (施設の種類) 3 病院・診療所に 3 か月を超えて継続して入院するに至った (病院・診療所名) 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		

特別障害者手当
上記のとおり 障害児福祉手当 を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。
福祉手当

年 月 日

氏 名

登別市福祉事務所長 様

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

- 1 「受給資格のなくなった理由」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。