様式第８号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児福祉手当  　　　　　　　　　　　　　　　　特別障害者手当　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  くなつた理由 | １　障害年金等受けるようになつた。  　　　（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つた。  ４　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（昭和50年政令第207号）第１条に掲げる障害の状態に該当しなくなつた。  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |
|  | 上記の理由が  発生した日 | 年　　　月　　　日 | | |  |
| 障害児福祉手当  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。  （福祉手当）  　　　　　　　年　　　月　　　日  氏　名  　　　　　　　　様 | | | | | |

備考

１　「受給資格がなくなつた理由」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，受給者の死亡届を出してもらうことになります。