

(表)

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	
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 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。

年 月 日

氏 名

沼津市福祉事務所長様

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

第11号様式（第20条関係）

（裏）

- 1 「受験資格がなくなつた理由」の欄は、該当する番号を○でかこむとともに（ ）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ふことになります。