

特別障害者手当等資格喪失届

受給者の氏名		認定番号	No.
受給者の住所	上田市		
受給資格がなくなった理由	<p>1 障害年金等を受けるようになった。 種類（ ）</p> <p>2 施設に入所した。（老人保健施設の場合3か月経過後） 施設名（ ）</p> <p>3 病院・診療所に3か月以上継続して入院するに至った。 病院名（ ） 入院期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）</p> <p>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第1条に掲げる障害程度に該当しなくなった。</p> <p>5 その他（ ）</p>		
上記の理由が発生した日	<p>令和 年 月 日 （入院の場合は入院日から3か月を経過した日）</p>		

上記のとおり、特別障害者手当・障害児福祉手当・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。

令和 年 月 日

氏 名

（届出先）上田市福祉事務所長

（注）1 「受給資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を□で囲むと共に（ ）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、「特別障害者手当等受給者死亡届」を提出してください。