

(様式第11号) (第11条関係)

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	
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 障がいの程度が法施行令第1条に掲げる障がいの状態に該 当しなくなった。 5 死亡 6 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

住所
氏名
(受給者との続柄)

飯山市福祉事務所長 あて

◎ 記名押印に代えて署名することができます。