

様式第 1 0 号（第 2 1 条関係）

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			
受給資格がなくなった理由	1 障害年金等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 か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		
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)			
令和 年 月 日			
氏 名			
三原市福祉事務所長様			