

様式第10号（第21条関係）

障害児福祉手当 特別障害者手当 資格喪失届 <u>(福祉手当)</u>			
(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