

(表 面)

障害児福祉手当 特別障害者手当 資格喪失届 経過的福祉手当	
(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)	
年      月      日	
氏 名	
印	
東京都西多摩福祉事務所長 殿	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

(裏面)

- 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々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。