

第13号様式（第15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

年 月 日

富士宮市福祉事務所長 宛

住 所

届出者 氏 名

電話番号

障害児福祉手当
下記のとおり 特別障害者手当 を受ける資格がなくなったので届け出ます。
福祉手当

記

(ふりがな) 受給者氏名	-----	個人番号	
受給者住所			
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		

(注) 「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、()内にその理由を具体的に記入してください。