

様式第10号（第20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	
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・診療所に継続して3か月を超えて入院するに至った。 4 障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第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

(宛先) 高松市福祉事務所長

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

注意

- 1 「受給資格がなくなつた理由」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。
- 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に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。