様式第１１号（第２０条関係）

障害児福祉手当・特別障害者手当・福祉手当資格喪失届

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 受給者氏名 |  |
| 受給者住所 |  |
| 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ヶ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　受給者が死亡した。６　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 上記の理由が発生した日 | 年　　　月　　　日 |

上記のとおり障害児福祉手当・特別障害者手当・福祉手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

　　　　　年　　月　　日

住　　所

氏　　名

（死亡の場合は死亡した者との続柄）

大崎市社会福祉事務所長　様