

様式第8号

(表 面)

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		個人番号	
受給者の住所			
受給資格がなくなつ た理由	1 障害年金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つた。  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  
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

茨城県県南県民センター長 殿

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

(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。