様式第9号(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | 受給資格喪失届 | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | (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月以上継続し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 | | | | | | |
| 上記のとおり | | 障害児福祉手当  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。 | | | | | |
| 年　　月　　日  住所  氏名　　　　　　　　　㊞  　　出雲市福祉事務所長　　　　様 | | | | | | | | | | |