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 |