

様式第 8 号 (第 9 条、第 11 条関係)

<b>障害児福祉手当 特別障害者手当</b> 資格喪失届	
(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 3 箇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 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

鳥栖市福祉事務所長 様

- (注) 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、受給資格者異動届(別記様式第 7 号)を  
提出してください。