

別記第12号様式(第20条関係)

障害児福祉手当
特別障害者手当 資格喪失届
(福祉手当)

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (フリガナ) 受給者の氏名 | | | | | | | | | | | |
| 受給者の住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 受給者の 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| 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か月以上継続して入院するに至った。 (入院日 年 月 日) 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 | | | | | | | | | | |

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りましたので届け出ます。
経過的福祉手当

年 月 日

氏 名

江東区長 殿

電話番号