

様式第13号（第22条関係）

障害児福祉手当  
 特別障害者手当 資格喪失届  
 経過的福祉手当 \_\_\_\_\_

(ふりがな)	
受給資格者の氏名	個人番号
受給資格者の住所	
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)  
 経過的福祉手当) を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

年 月 日

氏 名  
 個人番号

福知山市福祉事務所長 様

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市障害児福祉手当及び特別障害者手当等事務に利用します。

(裏)

- 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に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。