

特別障害者手当  
障害児福祉手当 資格喪失届  
福祉手当

(ふりがな) 受給者の氏名		個人番号	
受給者の住所	札幌市 区		
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。 (年金等の種類 ) 2 施設に入所した。 (施設の種類 ) 3 病院・診療所に3か月を超えて継続して入院するに至った。 (病院・診療所名 ) 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 死亡した。 6 その他 ( )		
上記の理由が発生した日	年 月 日		

特別障害者手当  
上記のとおり 障害児福祉手当 を受ける資格がなくなりましたのでお届け  
福祉手当  
します。

年 月 日

受給者(障がい者・障がい児)氏名 \_\_\_\_\_

(宛先) 札幌市 区保健福祉部長

注 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

(裏 面)

- 1 「受給資格のなくなった理由」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々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。