第11号様式(第4条関係)

(表　面)

障害児福祉手当・特別障害者手当・福祉手当資格喪失届

(ふ り が な) 受 給 者 の 氏 名	
受 給 者 の 住 所	
受給資格がなくなつた理由	1　障害年金等を受けるようになつた。 (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つた。 4　障害の程度が旧法別表第2に掲げる障害の状態に該当しなくなつた。 5　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つた。 6　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　　㊞

東京都西多摩福祉事務所長　殿

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

(裏　面)

1　「受給資格がなくなつた理由」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いただくことになります。