

障害児福祉手当
特別障害者手当 資格喪失届
(福祉手当)

(ふりがな)	えどがわ ももこ		
受給資格者氏名	江戸川 桃子		受給者本人のお名前 【個人番号】
住 所	江戸川区中央1-4-1		受給者本人のご住所
受給資格がなくなった理由	1 障害年金を受けようになった (種類) 2 施設に入所した (種類) 3 病院・診療所に3か月を超えて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

あてはまるものに
○をしてください。

入所の場合は入所日
入院の場合は、3か月目の
翌日をご記入ください。

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
(福祉手当)

○ 年 ○ 月 ○ 日

受給者本人のお名前

氏 名 江戸川 桃子

江戸川区長 殿