（表 面）

第5号様式

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）	
受給資格者氏名	【個人番号】
住 所	
受給資格が なくなった理由	1　障害年金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

上記のとおり　障害児福祉手当
特別障害者手当
（ 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

江 戸 川 区 長　殿

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

受給者宛名番号【　　】