

第9号様式（第19条関係）

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) 受給者の氏名	
受給者の住所	武蔵村山市
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ヵ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	平成 年 月 日

障害児福祉手当
 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

平成 年 月 日

氏 名

印

武 蔵 村 山 市 長 殿