第10号様式（第20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) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 | 受給者の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 受給者の住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 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か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 | 　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　練馬区長　殿 |

◎　以下の注意をよく読んでから記入してください。

◎　「受給資格がなくなった理由」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。

◎　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もらうことになります。