

記入例

様式第2号（第4号関係）

受給資格喪失届

令和〇〇年〇月〇日

山 口 市 長 様

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇
届出者 住 所 山口市〇〇町〇番〇号
氏 名 山口 花子 (印)
(電話 083-934-××××)

下記のとおり受給資格を喪失したので、障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に關

第9条

する省令 第13条第1項 において準用する同令第9条の規定
第16条

第16条において準用する同令第13条第1項

により届け出ます。

記

空欄でかまいません

手当の区分		障害児福祉手当 ・ 特別障害者手当 経過的福祉手当	支給番号	第 号
受給者	住 所	山口市〇〇町〇番〇号		
	氏 名	山口 太郎		
受給資格喪失年月日		〇〇年〇月〇日		
理由		例1) 特別養護老人ホーム入所のため 例2) 入院期間が3ヶ月を超えたため		

注 「手当の区分」欄は、該当するものを〇で囲むこと。