

受付日	・	・
認定番号	第	号

様式第18号（第15条関係）

※受付日は記入しないでください。

特別障害者手当 資格喪失届	
(ふりがな)	
受給者の氏名	
受給者の住所等	(電話： — —)
受給資格がなくなった理由	<p>1. 施設に入所した。 (施設の名称：)</p> <p>2. 病院・診療所に3ヶ月以上継続して入院するに至った。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. その他 ()</p>
上記の理由が発生した日	令和 年 月 日
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p>姫路市長様</p>	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

1. 「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。
2. 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々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。