

障 害 者 手 当 受 給 資 格 消 滅 届

令和 年 月 日

(あて先)

一 宮 市 長

申請者 住所

氏名

(受給資格者との関係)

電話番号 ー

下記のとおり障害者手当の受給資格が消滅しましたので届出します。

住 所	一 宮 市
氏 名	
障 害 程 度	級 ・ 判 定
資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失の理由	1 死亡した 2 市外へ転出した 3 障害程度が該当しなくなった 4 施設に入所した (施設名・入所日) 5 その他 ()