

第3号様式

船橋市中心身障害児福祉手当受給資格喪失届

年 月 日

船橋市長 あて

(〒 - )

保護者住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、心身障害児福祉手当の受給資格を失ったので届け出ます。

記

1 心身障害児氏名 \_\_\_\_\_

2 受給資格喪失理由

- ア 保護者が市外へ転出した（転出先 \_\_\_\_\_）
- イ 保護者・心身障害児が死亡した
- ウ 障害程度が該当しなくなった
- エ 心身障害児が施設に入所した
- オ その他（ \_\_\_\_\_ ）

3 受給資格喪失年月日 年 月 日