

様式第 4（第 1 2 条関係）							
		受	付	年		月	日
愛知県特別障害者手当等 資格喪失届(未支払手当申込書)							
年 月 日							
(宛先) 北名古屋市福祉事務所長							
氏 名							
(電 話)							
愛知県特別障害者手当等 を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。							
受給者の氏名							
受給者の住所	市 区 町 村						
喪失理由	(該当する番号に○をつけて下さい。)					喪失年月日	年 月 日
	1 国制度の特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当の要件を満たさなくなったため。 2 障害の程度が変わったため。 3 転出したため。 4 その他 ()					未払手当	有 無
未支払手当の支給がある方は、国制度の特別障害者手当等で登録している金融機関に振り込みます。 また受給者死亡により手当を請求する方も、国制度の特別障害者手当等で登録された金融機関に振り込みます。							
備考							
受給者が死亡したときは、戸籍の届出義務者が届け出てください。							

注 1. 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とする。
2. ※欄は記入しないで下さい。
3. 字は楷書ではっきりと書いてください。