

第6号様式（第7条関係）

資格喪失（死亡）届未払分請求書
 （障害児福祉手当・特別障害者手当・（福祉手当））



認定番号	第 号	※死亡の場合は、個人番号の記入は不要。	
受給者の氏名		個人番号	
受給者の住所			
受給資格がなくなった理由	1 障害年金等を受けるようになった。（種類 ） 2 施設に入所した。（種類 ） 3 病院・診療所に3か月以上継続して入院するに至った。 （入院日： ） 4 障害の程度が法施行令第1条に掲げる障がいの状態に該当しなくなった。 5 死亡した。 6 その他（ ）		
上記理由が発生した日	年 月 日		

上記のとおり（障害児福祉）・（特別障害者）・（福祉）手当を受ける資格がなくなりましたので、障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令第9条の規定により届け出ます。

年 月 日

住所

氏名

（続柄 ）

様

未払分の（障害児福祉）・（特別障害者）・（福祉）手当を下記口座に支給して下さい。

（注）受給者死亡の届け出をされた配偶者・扶養義務者の方のみ下欄の請求金額、振込先も記入して下さい。

請求金額	円		
	ただし	年 月から	年 月までの ヶ月分
振込先		口座番号	
名義人			

記載事項について確認の結果相違ありません。また、上記の請求者を適当であると認めます。

年 月 日

町村長

