

様式第 6 号

千葉市心身障害者福祉手当 受 給 資 格 喪 失 届

(あて先) 千葉市長

年 月 日

届出者氏名

次のとおり届け出ます。

① 受給者について

フリガナ	住 所
氏 名	

② 受給資格がなくなった理由

1	本市に住所を有しなくなった。
2	身体障害者手帳が 1 級でなくなった。
3	身体障害者手帳 2 ～ 6 級の方がねたきりでなくなった。
4	知能指数が 5 0 を超えた。
5	精神障害者保健福祉手帳が 1 級でなくなった。
6	施設等に入所した。(種類)
7	病院等に継続して 3 か月を超えて入院するに至った。
8	その他 ()

③ 受給資格がなくなった日

年	月	日
---	---	---