

様式第 7 号

千葉県心身障害児童福祉手当
受 給 資 格 喪 失 届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

保護者氏名

次のとおり届け出ます。

① 保護者について

フリガナ	住 所
氏 名	

② 受給資格がなくなった理由

1 児童が死亡した。
2 児童が 20 歳になった。
3 児童の障害程度が軽減した。
4 保護者が市外へ転出した。
5 その他 ()

③ 受給資格がなくなった日

年 月 日
