第６号様式

墨田区心身障害者福祉手当受給資格消滅届

<table>
<tr><td>認　定
番　号</td><td></td><td>障害者
氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>受給資格が
なくなった理由</td><td colspan="3">該当する番号を〇でかこんでください。

１　障害者が墨田区に住所を有しなくなったため
２　障害の程度が軽くなったため
３　障害者の保護者が児童育成手当（障害手当）を受給しているため
４　施設に入所したため（施設名:　　）
５　前年の所得が制限額を超えるため
６　障害者が亡くなったため</td></tr>
<tr><td>事由発生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

墨田区長　　あて

上記のとおり墨田区心身障害者福祉手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

年　　月　　日

障害者　　住　所

氏　名

代行者　　住　所

氏　名

続　柄

連絡先