

様式第4号（第5条関係）

在宅心身障がい児福祉手当支給事由消滅届

年 月 日

那珂市長 様

受給者 住 所 那珂市  
(保護者) 氏 名  
個人番号  
電話番号

在宅心身障がい児福祉手当を支給する事由が消滅したので、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 在宅心身障がい児氏名
- 2 在宅心身障がい児個人番号
- 3 消滅の事由（該当する事項の数字に○をつけてください。）
  - (1) 在宅心身障がい児の死亡
  - (2) 在宅心身障がい児でなくなった。
  - (3) 他の市町村に転出
  - (4) 在宅心身障がい児が入所又は入院（継続して3月以上）した。
  - (5) 保護者でなくなった。
  - (6) 受給者の死亡
- 4 支給事由消滅年月日 年 月 日

5 受給者が死亡した場合で、未払手当がある場合の振込先

金融機関名	支店名	口座の種類	口座番号	口座名義人（カナ）
		普通		
		当座		