

松戸市ねたきり身体障害者等福祉手当受給失権届

年 月 日

(あて先)松戸市長

受給者又はその家族
住所
氏名

ねたきり身体障害者等福祉手当を受ける権利がなくなりましたので届けます。

1 失権の理由

- (1) ねたきり身体障害者等でなくなった。
- (2) 本市に居住しなくなった。
- (3) ねたきり身体障害者等が死亡した。
- (4) 受給者である介護者が死亡した。
- (5) ねたきり身体障害者等を介護しなくなった。
- (6) 介護給付受給
- (7) 特別障害者手当(国)該当
- (8) その他 ()

2 失権の年月日 年 月 日

※ 該当する記号を○で囲んでください。