

通 番	
認定番号	

特別障害者手当現況届 (年度)

受 給 者	フリガナ				生年月日	
	氏 名					
	住 所	〒			電話番号	
配 偶 者	氏 名		住所	〒	□受給者に同じ	
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒	□受給者に同じ	
	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒	□受給者に同じ	
(受給者のみ) 施設への 入所状況	□入所中 □入所予定		□ (過去1年以内に) 入所していた			□入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	施設名					
	※通所施設・短期入所・グループホーム・有料老人ホーム等は施設入所にあたりません					
(受給者のみ) 病院への 入院状況	□入院中 □入院予定		□ (昨年4月から現在にかけ) 継続して3か月を超える入院をしていた			□入院していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	病院名 (介護老人保健施設等を含む)					
(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	□受給している □申請中					□受給していない
	年金の名称	年金の種類	年金額 (受取額)			
			円			
			円			
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6労災年金 7その他						
※年金の種類 1老齢年金 2障害年金 3遺族年金 4退職年金 5障害補償年金 6寡婦(夫)年金 7その他 (注意) 障害年金・遺族年金・寡婦(夫)年金の受給者は前年中に受給した年金額を確認できるもの (年金振込通知書や通帳の写し等)、また前年度に年金を受給開始した方は年金証書の写しを提出してください。						
(受給者のみ) 前年末時点における16歳以上19歳未満の児童の所得税法上の扶養状況				□扶養していた (人)		□扶養していない
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。					

上記のとおり届出します。

年 月 日

成田市福祉事務所長 殿

受給者氏名 _____

届出人氏名 _____

連絡先 _____