

記入例

通 番	
認定番号	

特別障害者手当現況届 (8 年度)

受 給 者	フリガナ	ナリタ タロウ			生年月日	平成2年3月4日
	氏 名	成田 太郎				
		住 所	〒286-8585 成田市花崎町760番地			電話番号
配 偶 者	氏 名	成田 花子		住所	〒 ☒ 受給者と同じ	
扶養義務者	氏 名	福祉 一郎		住所	〒 ☒ 受給者と同じ	
	氏 名	(受給者との続柄 子)		住所	(受給者との続柄 子) ☒ 受給者と同じ	
(受給者のみ) 施 設 へ の 入 所 状 況	☐ 入所中 ☒ 入所予定		☐ ()		令和8年9月1日から 年 月 日から 年 月 日まで ☐ 入所していない	
	施設名		成田苑			
	※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		令和8年 1月 1日から 8年 5月 1日まで			
	病院名 (介護老人保健施設等を含む)		成田赤十字病院			
(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)	
	1 国民年金		2 障害年金		100万 円	
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3 年金の種類 1老齢年金 2障害年金 3 証書の写しを添付してください。						年金 7その他 6寡婦(夫)年金 7その他 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。

2026年 8月 12日

成田市福祉事務所長 殿

受給者氏名 成田 太郎
届出人氏名 成田 花子
連絡先 080-9876-5432