

平成 年度 特別障害者手当受給者現況報告書

平成 年 月 日

徳島市福祉事務所長 殿

受給資格者 住 所

氏 名

電 話

扶養義務者 住 所

氏 名

(受給資格者との続柄：)

電 話

受給資格者について、該当するものを で囲むとともに、必要事項をご記入ください。

<p>過去1年間に病院へ入院したことがありますか</p> <p>Aと答えた場合、 記入してください</p>	<p>A 入院していた 又は 入院している</p> <p>B 入院していない</p> <p>(入院期間) 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで</p> <p>(病院名) _____</p>
<p>過去1年間に施設(養護老人ホーム等)へ入所したことがありますか</p> <p>Aと答えた場合、 記入してください</p>	<p>A 入所していた 又は 入所している</p> <p>B 入所していない</p> <p>(入所期間) 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで</p> <p>(施設名) _____</p>
<p>公的年金を受給していますか</p> <p>Aと答えた場合、 記入してください</p>	<p>A 受給している</p> <p>B 受給していない</p> <p>(年金種類) _____</p> <p>前年中の年金振込通知書(ハガキ)(写)もしくは年金振込通帳(写;振込日及び金額が分かるページ)を添付してください。</p>

私の現況については、上記のとおり相違ありません。

貴福祉事務所による決定に必要な税務情報等の個人情報の利用及び官公署等への照会に同意します。

