

障害児福祉手当 現況届

受給者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	西多摩郡 電話 ()	
配偶者氏名			
扶養義務者氏名		*同居している方で、受給者及び配偶者を除いて最も所得の多い方の氏名を記入して下さい。 受給者との続柄 ()	
現況	1 自宅にいる		
	2 施設入所している	施設名()	入所年月日(年 月 日)
	3 入院している	病院名()	入院年月日(年 月 日)
	4 その他	[]	
公的年金等	1 受給している	年金の名称・種類	
	2 支給停止	[]	
	3 申請中	証書の記号・番号	
	4 受給していない	[]	
平成 29 年 1 月 ~ 12 月までの年金収入額 (円)			
聴覚障害者の方のみ記入		運転免許証(バイク含む) 有・無	補聴器使用 有・無
上記のとおり現況を届け出ます。 年 月 日 申請者氏名 印			

※ 記名押印に代えて署名することができます。