特別障害者手当受給者入院届

(1)受給者	ふりがな		電話番号
	氏名		生年月日 昭和・大正・平成 年　月　日
	住所		

(2)入院した病院、診療所など
（※　受給者が入院した病院、診療所又は老人保健施設の所在地、名称等をご記入ください。）

所在地		
名称		
診療科		
病名		
入院した日	年　月　日　から	
入院見込期間	（　　）か月・週間の予定	注 1 医師の指示による入院見込期間を記載してください。 2 「か月」「週間」のいずれかに○印で囲んでください

上記のとおり入院しましたので届け出ます。

年　月　日

（住所）

（氏名）

※受給者との続柄（　　）

宝塚市福祉事務所長　様

備考 1 この届けは、特別障害者手当の受給者が入院した場合に提出してください。
2 入院した日から3ヶ月を超えた場合は「資格喪失届」を、それまでに退院した場合には退院届けをあらためて提出してください。
3 老人保健施設の場合は、「入院」を「入所」に読み替えてください。