特別障害者手当受給者退院届

(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)入院していた病院、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
退院した日	年　月　日　まで

上記のとおり退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退院した場合に提出してください。
　　2　老人保健施設の場合は、「退院」を「退所」に読み替えてください。