特別障害者手当現況報告書

受給資格者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

申 請 者 氏 名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（日中連絡できる場所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者との関係（ ）

１．特別障害者手当受給資格者現況（令和　　　　年８月１日現在）

※①②③の中で、該当するものに○印をつけ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 年金の受給状況 | １．受給していない | |
| ２．支給停止されている（年金の種類　　　　　　　　　　　　　） | |
| ３．申請中 （年金の種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| ４．受給している | |
| 受給している年金の種類 | 年金証書記号番号 |
| * 障害年金 ・ 老齢年金 |  |
| * 基礎厚生年金 |  |
| * 遺族年金 |  |
| ② 入所状況 | １．現在、施設へ入所している　施設名 ： | |
| 入所した日：　　　　年　　月　　日 | |
| ２．施設入所していない | |
| ③ 入院状況 | １．現在、入院している 病院名： | |
| 入所した日：　　　年 　　月　 　日から | |
| ２．現在は入院していないが、令和　　年８月１日から令和　　年７月３１日まで | |
| の間に、３カ月以上継続して入院したことがある | |
| 病 院 名： | |
| 入院期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | |
| ３．入院していない | |

２．世帯状況（令和　　　年８月１日現在） **※一緒に住んでいる全員を記入して下さい。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人との続柄 | 氏 名 | 生年月日 | 年齢 | 職業・勤務先等 |
| 本人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |