

◎ ※の欄は記入しないでください。

※受付 令和 年 月 日

障害再認定届出書

該当手当	特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過的福祉手当						
受給者 (障害者) について	フリガナ			性			
	氏名			別			
	生年月日	年	月	日生	年齢	満	歳
	住所	沼津市 TEL -					
	障害名						
	手帳	1. 有 { 身体障害者手帳 級 (番号) 療育手帳 A・B (番号) 2. 申請中 3. 無					
現況	1. 在宅 2. 入院中 (病院) 3. その他 ()						
関係書類を添えて、障害再認定について届出します。							
令和 年 月 日							
届出者氏名 _____							
(宛先) 沼津市長							

※認定 却下	令和 年 月 日	※ 次期有期認定	1 有 年 月 2 無
-----------	----------	-------------	----------------