

受給中の手当を選択してください。

※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	○○ ○○	性別	○
氏名	○○ ○○	別	
生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	年齢	満 ○ 歳

住所 沼津市○○

TEL ○○○-○○○○

障害名 ○○○○○○

診断書等に記載の障害名を記入してください。

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

障害者手帳を所持している場合、すべて記入してください。

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。

現在の所在を記入してください。

令和 ○年 ○月 ○日

届出者氏名 ○○ ○○

(宛先) 沼津市長

届出者名を記入してください。受給者のご家族でも結構です。

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