

年 月 日

(宛先) 野田市長

住所
届出者 氏名
電話

野田市障がい者福祉手当現況届

野田市障がい者福祉手当の受給に関し、次のとおり障がい等の現況を届け出ます。

対象者	(ふりがな) 氏 名		
	住 所	電話	
当てはまるものにチェックを付け、記入してください	障がい程度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳_____級 <input type="checkbox"/> 療育手帳_____級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳_____級	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にいる (通学、施設通所、通院、就労も含む) <input type="checkbox"/> 施設に入所している (施設名: _____) (入所期間: ___年___月___日から) <input type="checkbox"/> 病院に入院している (病院名: _____) (傷病名: _____) (入院期間: ___年___月___日から) <input type="checkbox"/> 過去(1年以内)に施設又は病院に入所又は入院していた (施設又は病院名: _____) (期間: ___年___月___日から___年___月___日まで)	
	他の手当の受給	<input type="checkbox"/> 受給中 (手当の種類: _____) <input type="checkbox"/> 受給していない	
	生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 (___月___日頃申請) <input type="checkbox"/> 受給していない	
対象者を介護している方	氏 名		続柄
	住 所		電話

次に該当する場合は、野田市障がい者福祉手当の受給権がなくなります。受給権喪失後に受給した手当がある場合は、返還していただくことになります。

- ・ 特別障害者手当又は障害児福祉手当の支給を受けているとき
- ・ 生活保護を受給しているとき
- ・ 施設 (児童福祉施設、障害者支援施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム) に入所したとき
- ・ 前年度に一定の基準以上の障害福祉サービス又は介護保険サービスを利用したとき
- ・ 精神疾患により入院した日から3か月を経過したとき