申　立　書

（受給者）　　　　　　　　　　　　　は、（病院名）

に　　　年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日まで継続して入院していたため、特別障害者手当の受給資格を喪失しましたが、現在は在宅であります。

　入院した原因は（病名）

であり、退院後、認定障害の程度が軽減されていないことを申し立てます。

住所

氏名

続柄

証　明　書

上記の申立書は事実であることを証明します。

　　　　年　　　月　　　日

病院名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

鹿児島市福祉事務所長　殿