

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