特別障害者手当現況報告書

特別障害者手当受給者（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、
令和　　年　月　日現在

１．　自宅で生活中。

２．　病院又は診療所へ入院中。
（　　年　　月　　日から入院中
　　年　　月　　日頃退院予定。）

３．　施設に入所中
　　入所中の場合
　　施設の名称（　　）

※　１．２．３の該当する番号を○でかこんでください。

上記のとおり報告します。

令和　　年　　月　　日

住所　　佐賀市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿受給者との続柄　　（　　）

連絡先（TEL）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

佐賀市福祉事務所長　　様