

様式2

特別障害者手当 障害状況確認書（施設退所後）

受給資格者	住所					
	氏名		生年月日	年 月 日	年齢	才

上記の者について、次のとおり確認される場合は、記名、捺印をお願いいたします。また、その他の場合については、当該事項を付記にご記入いただきますようお願いいたします。

上記の者については、特別障害者手当認定請求時診断書の状況、入所及び退所時の状況及び現在の状態から、退所時（後）の現在、認定請求時の障害の状態に比して、受給資格が喪失するほどの改善或いは機能回復が図られているとは、思われません。

付記

---



---



---



---

年 月 日

上田福祉事務所長 様

施設（病院）の名称  
所在地  
医師氏名

㊟