

様式3

特別障害者手当 障害状況確認書（退院後）

受給資格者	住所	上田市				
	氏名		生年月日	年 月 日	年齢	才

特別障害者手当認定請求時診断書写しを添付しましたので、内容確認の上、ご記入いただきますようお願いいたします。

入院期間	入院日	年	月	日	～	退院日	年	月	日
入院の原因となった傷病名									
主な治療									
入院の原因となった傷病と特別障害者手当の傷病との関係						1 ある 2 ない			
退院時における特別障害者手当の傷病の状態					1 悪化 2 改善 3 変わらない				
<p>以上のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上田福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: center;">病院の名称 所在地 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>									