

非該当申出書

在宅障がい者（児）のいる世帯に該当しなくなったため、申し出ます。

利用施設名		
施設に通っている児童名・生年月日  （施設に兄弟姉妹で通園している場合はすべて記載）	フリガナ	年 月 日生
	フリガナ	年 月 日生
	フリガナ	年 月 日生
在宅障がい者（児）氏名・生年月日・児童との続柄	フリガナ	年 月 日生
	児童との続柄：本人・父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・その他（ ）	
非該当年月日	年 月 日	
非該当理由	例：身体障害者手帳の交付を受けている祖父と別居することになったため。 特別児童扶養手当の支給対象ではなくなったため。 等	
在宅障がい者（児）非該当項目		
<div>・非該当となった項目に<input checked="" type="checkbox"/>してください。</div> <div><input type="checkbox"/>身体障害者福祉法15条に定める<b>身体障害者手帳</b>の交付を受けた者</div> <div><input type="checkbox"/>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に定める<b>精神障害者保健福祉手帳</b>の交付を受けた者</div> <div><input type="checkbox"/>療育手帳制度要綱に定める<b>療育手帳</b>の交付を受けた者</div> <div><input type="checkbox"/>特別児童扶養手当等の支給に関する法律に定める<b>特別児童扶養手当</b>の支給対象児</div> <div><input type="checkbox"/>国民年金法に定める<b>国民年金の障害基礎年金等</b>の受給者 （添付書類：年金決定通知書支給額通知書）</div>		

上記申出の内容について、申出以降の支給状況・認定状況を確認することに同意します。

令和 年 月 日

住所

保護者氏名