

【非該当へ変更申出書】在宅障がい児(者)のいる世帯

同居の在宅障がい児(者)のいる世帯ではなくなったため、届け出ます。

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 通っている場合は全て記載	(年 月 日 生)
	(年 月 日 生)
	(年 月 日 生)
在宅障がい児(者)氏名(生年月日) (児童との続柄)	(年 月 日 生) (児童との続柄:)
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。)(手帳を返還することとなったため。)
在宅障がい児(者)非該当項目	
(非該当となった項目に☑を記入) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条に定める <u>身体障害者手帳</u> の交付を受けたもの <input type="checkbox"/> 療育手帳制度要綱に定める <u>療育手帳</u> の交付を受けた者 <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 <u>精神障害者保健福祉手帳</u> の交付を受けた者 <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 <u>特別児童扶養手当</u> の支給対象児 <input type="checkbox"/> 国民年金法に定める <u>国民年金の障害基礎年金等</u> の受給者 (添付書類: 年金決定通知書支給額通知書)	

上記通り相違ないことを申し出ます。

年 月 日

住所

保護者氏名