

## 施設・病院に入所・入院したことを証明する書類

次の利用者は、当施設・当病院に、入所・入院しました。

1 利用者氏名

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生)

2 入所日・入院日

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3 退所日・退院日（予定日）

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に退所・退院

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に退所・退院の予定

退所・退院の予定なし

未定

藤沢市福祉事務所長 宛

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設種類

\_\_\_\_\_

施設名称又は病院名称

印

\_\_\_\_\_

障がい児福祉手当・特別障がい者手当における受給資格喪失の事由が  
障がいの程度に係わるものではないことを証明する書類

次の利用者は、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
まで、当施設・当病院に、入所・入院していましたが、障がいの程度に変わりは  
ありませんでした。

利用者氏名

\_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生)

藤沢市福祉事務所長 宛

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

施設種類

\_\_\_\_\_

施設名称又は病院名称

\_\_\_\_\_

医師氏名

印

\_\_\_\_\_