【非該当】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 | 保育所　　　　　 |
| 保育所に通う児童名 | （　　　年　　月　　日 生） |
| きょうだいで通っている場合は全員記載すること | （　　　年　　月　　日 生） |
| （　　　年　　月　　日 生） |
| 在宅障がい児（者）氏名 | （　　　年　　月　　日 生）（児童との続柄：　　　　 ） |
| 非該当年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 非該当となった理由 | （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。）（例：手帳を返還することになったため） |
| 在宅障がい児（者）該当項目 |
| （該当する項目に☑を記入してください）□身体障害者福祉法第15条に定める**身体障害者手帳**の交付を受けた者□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**精神障害者保健福祉手帳**の交付を受けた者□療育手帳制度要綱に定める**療育手帳**の交付を受けた者□特別児童扶養手当等の支給に関する法律に定める**特別児童扶養手当**の支給対象児□国民年金法に定める**国民年金の障害基礎年金等**の受給者 |

上記のとおり相違ないことを申し出ます。

令和　　年　　　月　　　日

住所　　入善町

保護者氏名