

様式第21号（第17条関係）

入院届

(ふりがな) 受給者の氏名			生年月日
			年 月 日
受給者の住所等	姫路市 (電話： - -)		
入院した病院又は 診療所の所在地及 び名称等	所在地		
	名称		
	診療科		
病名			
入院した日	年 月 日 から		
入院見込期間	ヶ月の予定（医師の指示による）		

上記のとおり入院しましたので、届け出ます。

年 月 日

(住所)

(氏名)

(入院した者との続柄)

姫路市長様

1. この届は、特別障害者手当受給者が入院した場合に提出してください。
2. 入院した日から3ヶ月を超えた場合には資格喪失届が、また、それまでに退院した場合は退院届があらためて必要です。

受給者 番号	
-----------	--

様式第21号の2（第17条関係）

退 院 届

(ふりがな) 受給者の氏名			生 年 月 日
			年 月 日
受給者の住所等	姫路市 (電話： - -)		
入院した病院又は 診療所の所在地及 び名称等	所在地		
	名 称		
	診療科		
病 名			
入院した日	年 月 日 から		
退院した日	年 月 日 まで		

上記のとおり退院しましたので、届け出ます。

年 月 日

(住所)

(氏名)

(入院した者との続柄)

姫 路 市 長 様

この届は、特別障害者手当受給者が退院した場合に提出してください。

受給者 番 号	
------------	--