

特

※※ 第 号			
※ 経 由 市町村名		※ 市 町 村 令和 年 月 日 受付年月日	
※ 市 町 村令和 年 月 日 提 出 第 号		※ 市 町 村 令和 年 月 日 再 提 出 第 号	
障害有期再認定請求書 特別児童扶養手当 額 改 定 請 求 書			
あなたの ことについて	(フリガナ) 受 給 者 氏 名		証書記号番号 島特 第 号
	受 給 者 住 所	〒 TEL ()	
障害認定の 対象となる者 について	(フリガナ) 対象障害児の氏名	-----	
	生 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
	身体障害者手帳 及び療育手帳の 有 無	有・無	ア 障害の種別 () イ 番号及び等級 (級) ウ 再判定年月日 (令和 年 月 日)
	公 的 年 金 の 受 給 状 況	1又は2 の場合	1 受けている 2 支給停止中 3 申請中 4 受けていない ア 年金の種類・等級 (級) イ 証書の記号番号 (-)
	添 付 書 類	1 年金証書の写 2 身体障害者手帳の写 3 療育手帳の写 4 診断書 5 特別児童扶養手当証書 6 その他 ()	
関係書類を添えて、特別児童扶養手当の 障害有期再認定 額 の 改 定 を請求します。 (2級から1級に増額改定とならない場合は申請を取り下げます。) 令和 年 月 日 氏 名 _____ 福島県知事 様			

◎※、※※の欄は県、市町村で記入する欄です。

◎字は楷書ではっきり書いてください。