

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		
特別児童扶養手当 障害有期再認定請求書 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	受 給 者 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 <small>※手帳が交付されている場合「有」に○をし、写しを添付する。</small>	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 受 け て い る 2 支 給 停 止 中 3 申 請 中 4 受 け て い な い		
	1 又 は 2 の 場 合	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 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 <input type="checkbox"/> 申 請 を 取 り 下 げ ま す。) <input type="checkbox"/> 有 期 再 認 定 請 求 と し て 申 請 (有 期 期 間 の 延 長) し ま す。) ※ 「額 改 定 請 求」 の 場 合、い ず れ か に チェック し て く だ さ い。				
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。