

特

※※ 第 号

記入例

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	ミサト タロウ 美里 太郎	受給者 記号・番号	島特 第 8099999 号
	受給者 住所	〒969-6292 会津美里町字新布才地1番地 TEL 090 (1234) 5678		

(フリガナ) 対象障害児の氏名	ミサト マチコ 美里 町子
--------------------	----------------------

○身体障害者手帳・療育手帳
をお持ちの方は、番号等級
等を記入してください。

平成 2 年 5 月 5 日
令和

の 対象 となる 者 について	有 無 (有) 無	ア 障害の種別 (療育手帳)
	※手帳が交付されている 場合「有」に○をし、写し を添付する。	イ 番号及び等級 (123456 B 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 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。)
 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 美里 太郎

福島県知事 様

【請求日】
書類が揃い、町へ提出する日にちとしてください。

◎※、※※の欄は県、市町村で記入する
◎字は楷書ではっきり書いてください。