

令和〇年 〇月 〇日

特別児童扶養手当認定請求のための療育手帳  
判定資料の提供依頼書

自署の場合、押印不要です。

静岡県東部児童相談所長 様

特別児童扶養手当の請求者（原則、所得が多い  
方の保護者）の情報を記入してください。

依頼者	氏名	〇〇 〇〇 印	続柄	父
	住所	〒410-〇〇〇〇 沼津市〇〇		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
依頼理由		障害の程度が「B」の療育手帳を所持しており、当該療育手帳判定資料をもって、特別児童扶養手当認定請求をするため。		
児童	ふりがな氏名	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日		
	住所	〒 (保護者と同じ場合は不要)		

保護者と同居の場合、  
住所は記入不要です。

手帳所持者本人（障がいのある方）  
の情報を記入してください。

は、押印は不要です。

備