

※※ 第 号

※経 由 市 町 名	※市 町 令和 年 月 日 受付年月日		
※市 町 提 出	※市 町 令和 年 月 日 再 提 出		
特別児童扶養手当障害状況届 (特別児童扶養手当額改定請求書)			
氏 名		受 給 者 記 号 ・ 番 号	静特第 号
住 所	静岡県		
対 象 児 童 名		提 出 期 限	令和 年 月 日
理 由	障害認定の有期更新のため	※現等級	1 級 ・ 2 級
添 付 書 類 等	①診断書 (診断年月日: 令和 年 月 日) ②身体障害者手帳の写し (直近の交付年月日: 平成・令和 年 月 日) ③療育手帳の写し (直近の判定年月日: 令和 年 月 日)		
<p>上記のとおり、特別児童扶養手当の受給要件のため障害状況を届けます。 また、障害の状況に増進が生じた場合には、特別児童扶養手当の額の改定について請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>静 岡 県 知 事 殿</p>			

1 障害状況届は、提出期限の当月又はその前月に提出してください。

2 ※は市町において、※※は県が記入します。