※※ 第　　号

※経　由 提　出	※市　町　令和　年　月　日 受付年月日
	※市　町　令和　年　月　日 再　提

氏名と住所は受給者（障がいのある児童の保護者）の情報を記入してください。

6 桁の受給者番号を記入してください。

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	静岡県沼津市○○		
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	記入不要
添付書類等	①　診断書（診断年月日：平成・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） ②　療育手帳の写し（直近の判定年月日：平成・令和　年　月　日）		

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
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

令和　○年　○月　○日

氏　名　○○　○○

静　岡　県　知　事　殿

対象児童の再診断年月の末日を記入してください。

障害者手帳の内容によっては診断書の提出を省略できることがあります。
詳しくは市役所にお問い合わせください。

※証書チェック欄
１障害状況届は、提出期限の当月
２※は市町において、※※は県が記入します。

提出日及び受給者の署名を記入してください。（押印不要）