様式第四号（第二条関係）　　特

※※ 第　　号	
※経　由 市 町 名	
市　町　令和　・　・ 提　出　第　　号	市　町　令和　・　・

「あなたのことについて」欄に、手当の受給者（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。

特別児童扶養手当額改定請求書

あなたのこと	(ふりがな) ③氏　名	○○　○○ ○○　○○	② 受 給 者 記号・番号	静特第　○○○○○○　号
	③住　所	静岡県沼津市○○	④個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

マイナンバーカードや住民票に記載されている、12 桁の個人番号を記入してください。

障害児のことについて	(ふりがな) ⑤支給対象障害児の氏名 （生 年 月 日）	○○　○○ ○○　○○ （平成　○年　○月　○日生） 令 和	
	⑥個 人 番 号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	⑦請求者との続柄 （同居・別居の別）	（同　居・別　居）	（同　居・別　居）
	⑧父 の 氏 名	○○　○○	
	⑨母 の 氏 名	○○　○○	
	⑩障害による年金の受給状況	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない 種類（　　）	
	⑪身体障害者手帳の番号及び障害等級	第　○○○○○○　号　○　級 判定年月日　○年　○月　○日 交付年月日　○年　○月　○日	第　　号　　級 判定年月日　年　月　日 交付年月日　年　月　日
	⑫障 害 名	○○○○	

障害者手帳に記載されている情報を記入してください。

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の額の改定について請求します。

令和　○年　○月　○日

氏 名　○○　○○

静 岡 県 知 事 殿

※※

「障害児のことについて」欄に、障がいのある児童の情報を記入してください。
２人いる場合は、右欄にも記入してください。

提出日及び受給者の署名を記入してください。（押印不要）

る必要がありません。

◎　字は楷書ではっきり書いてください。

注意

1 ⑧及び⑨の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入してさしつかえありません。

2 ⑩の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください。

なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。

3 この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。ただし、既に特別児童扶養手当の支給が行われている障害児の障害の程度が増進したことにより特別児童扶養手当の額の改定の請求を行うときは、(1)から(4)までの書類は添える必要がありません。

(1) 支給対象障害児の戸籍の謄本又は抄本とその障害児の属する世帯全員の住民票の写し

(2) 請求者が父又は母である場合であつて、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の生計を維持していること、又は主としてその障害児を介護していることを明らかにすることができる書類

(3) 請求者が父又は母である場合であつて、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類

(4) 請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその障害児を養育していることを明らかにすることができる書類

(5) 支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病にあるときは、エツクス線直接撮影写真

呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゆう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他

(6) 特別児童扶養手当証書

4 この請求書についてわからないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いて下さい。