

※※第 号

※経 由 市町村		※市町村 受付年月 年 月 日 日	
※市町村 提出 年 月 日		※市町村 再提出	
特別児童扶養手当障害状況届 （額改定請求書）			
氏 名		受給者 記号・番号	茨特第 号
住 所			
提出期限		対象児童名	
理由	障害認定の有期更新のため		
添付書類	①診断書（診断年月日： 年 月 日） ②身体障害者手帳の写し { 交付年月日： 年 月 日 } 記号番号及び等級： ③療育手帳の写し { 交付年月日： 年 月 日 } 記号番号及び等級：		
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。 年 月 日			

1 ※は市町村において、※※は県が記入します。