様式第四号（第二条関係）

（表　面）

※※第　　号				
※経　由 市町村名			※市区町村 受付年月日	令和　・　・
※市区町村 提　出	令和　・　・ 第　　号		※市区町村 再提出	令和　・　・ 第　　号
特別児童扶養手当額改定請求書				
あなたのことについて	①(ふりがな) 氏　名		②証書の 記号・番号	第　　号
	③住所		④個人番号	

障害児のことについて	⑤支給対象障害児の氏名 (生年月日)	(平成 令和　年　月　日生)	(平成 令和　年　月　日生)
	⑥個人番号		
	⑦請求者との続柄 (同居・別居の別)		
	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　種類 （　） 支給されていない	支給されている 支給停止 申請中　種類 （　） 支給されていない
	⑪身体障害者手帳の番号及び障害等級		
	⑫障害名		

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。

令和　年　月　日

氏　名

知事

殿

市長

※※ 改定・却下	改定年月	対象障害児数	証書	作成・改訂	令和　・　・ 第　　号
	年　月	(1級)　人			
		(2級)　人			

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではつきり書いてください。

（A列4番）

様式第四号（表面）を次のように改める。