様式第五号（第三条関係）

（表　面）

※※第　　号			
※経　由 市区町村名		※市区町村 受付年月日	令和　・　・
※市区町村　令和　・　・ 提　出　第　　号		※市区町村　令和　・　・ 再提出　第　　号	
特別児童扶養手当額改定届			
（ふりがな） 受給者の氏名		証書の 記号・番号	第　　号
受給者の住所		個人番号	

支給対象障害児でなくなつた障害児又は障害の程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月日	改定の理由	理由の発生した年月日
（平成 令和　年　月　日生）	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト チ リ	令和　年　月　日
（平成 令和　年　月　日生）	イ ロ ハ ニ ホ ヘ ト チ リ	令和　年　月　日

上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。
令和　年　月　日

氏　名

知事
殿
市長

改定年月	対象障害児数	証書作成・改訂
※※　年　月	（1級）　人	令和　・　・ 第　　号
	（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（かい）ではつきり書いてください。

（A列4番）

様式第五号（表面）を次のように改める。