

特

記入例

※※第 号	※經由 市町村名	※市町村 受付年月 令和 年 月 日
※市区町村 進 達	令和 年 月 日 第 号	※市町村 再進達 令和 年 第 月 日 号

特別児童扶養手当額改定請求書

あと な に た つ の い こ て	① (フリガナ) 氏 名	サンジヨウ フクタ 三條 福太	② 証 書 記号・番号	新特第 12345 号
	③ 住 所	〒 955-0065 三條市旭町2-3-1 TEL 0256(34)5408	④ 個人番号	6:6:6:6 5:5:5:5 4:4:4:4

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)	三條 福士 (令和 5 年 1 月 1 日生)	(平成 令和 年 月 日生)
	⑥ 個人番号	4:4:4:4 5:5:5:5 6:6:6:6	
	⑦ 請求者との続柄 (同居・別居の別)	長男 (同居 ・ 別居)	(同居 ・ 別居)
	⑧ 父の氏名	三條 福太	
	⑨ 母の氏名	三條 福子	
	⑩ 障害による年金の受給状 況	支給されている } (種類) 支給停止 } 申請中 } 支給されていない	支給されている } (種類) 支給停止 } 申請中 } 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	身障 手帳 三條市 第 55555 号 療育 級(※※判定年月 ・)	身障 手帳 第 号 療育 級(※※判定年月 ・)
	⑫ 障害名	脳性麻痺	

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 三條 福太

新潟県知事 様

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

◎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下さい。

記名押印に代えて署名することができます。