

様式第四号(第二条関係)

(表 面)

※※第 号		市 町 村 令和 . .		市 町 村 令和 . .	
※經由 市町村名		市 町 村 令和 . .		市 町 村 令和 . .	
市 町 村 令和 . .		市 町 村 令和 . .		市 町 村 令和 . .	
市 町 村 令和 . .		市 町 村 令和 . .		市 町 村 令和 . .	
<u>特別児童扶養手当額改定請求書</u> (障害程度増進)					
あと なに たつ のい こて	①(ふりがな) 氏 名			②証 書 の 記号・番号	千特 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 年 月 日生〕		〔平成 年 月 日生〕	
	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 } 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 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 の番号及び障害等級 <input type="checkbox"/> 診断書	第 号級 (再)交付 年 月 日 発行者()		第 号級 (再)交付 年 月 日 発行者()	
	⑫障害名				
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 千葉県知事 様					
※※ 改定・却下	改定年月	対象障害児数		証 書	作成・改訂
	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。字は楷書ではっきり書いて下さい。
 記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

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、エッ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、市役所又は町村役場の人によく聞いて下さい。

記入例

※※第 号		市 町 村 令和 . . .		市 町 村 令和 . . .	
※経 由 市 町 村 名		市 町 村 令和 . . .		市 町 村 令和 . . .	
市 町 村 令和 . . .		市 町 村 令和 . . .		市 町 村 令和 . . .	
特別児童扶養手当額改定請求書 (障害程度増進)					
あと な に た つ の い て	①(ふりがな) 氏 名	受給者(保護者)の名前		②証 書 の 記号・番号	千特 第 1201234 号
	③住所	受給者(保護者)の住所		④個 人 番 号	受給者(保護者)のマイナンバー
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)	対象児童の名前		〔平成・令和 年 月 日生〕	
	⑥個人番号	対象児童のマイナンバー			
	⑦請求者との続柄 (同居・別居の別)	長女・長男 等 (同居・別居)		(同居・別居)	
	⑧父の氏名	障害児の父の名前(いない場合は空欄)			
	⑨母の氏名	障害児の母の名前(いない場合は空欄)			
	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 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 の番号及び障害等級 <input type="checkbox"/> 診断書	身体障害(もしくは療育) 手帳の情報を記入 (発行者は都道府県or政令指定都市)		第 号 級 (再)交付 年 月 日 発行者()	
	⑫障害名	EX)心臓機能障害、知的障害 等			
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 千葉県知事 提出日 氏 名 受給者(保護者)の名前 様					
※※ 改定・却下	改定年月	対象障害児数		証 書	作成・改訂
	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。字は楷書ではっきり書いて下さい。
記名押印に代えて署名することができます。

特別児童扶養手当障害認定(有期更新)届

市 町 村 受付年月日	第 年 月 日
市 町 村 提出年月日	年 月 日

受給者氏名		証 書 記号・番 号	
対象児童氏名		在宅又は 在学名 ・施設名	
受給資格者 現住所	電話		
現在の 特児等級		現在の 有期年月	
届出事項 (該当項目を ○でかこんで ください)	1 特別児童扶養手当認定診断書を提出します。 (手帳をお持ちの場合は写しも添付してください。)		診 断 年月日
	2 身体障害者手帳の写しを提出します。(裏面【注意】4をお読みください。)		
	3 療育手帳(Ⓐ、A)の写しを提出します。(裏面【注意】4をお読みください。)		
身障手帳 (最新のもの)	手帳番号		手帳番号
	等 級	級	
	障 害 名		障 害 程 度
	交 付 (再認定) 年月日	年 月 日	交 付 (再判定) 年月日
	発行者		発行者
<p>上記のとおり、届け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>千葉県知事 様</p> <p>氏 名 Ⓐ</p> <p style="text-align: right;">(記名押印に代えて署名することができます。)</p>			

(注意)

- ◎ この届は、特別児童扶養手当の障害認定で有期認定を受けている方が、再認定(有期更新)のために必要な「特別児童扶養手当認定診断書」等を提出する際に添付するものです。
- ◎ 提出期限(現在の有期年月の末日)までにこの届を提出できなかった方で、正当な理由(裏面※参照)がある場合は、裏面の理由欄に記入してください。
正当な理由(※)がなく期限内に提出しない場合には、その間の手当の支給を受けることができなくなります。
- ◎ 詳しくは裏面をよくお読みください。

審査欄(千葉県において記入します。)			
有 期 認 定	特 児 等 級	級	次 回 有 期 年 月
			令 和 年 月

理由欄

※ 「正当な理由」がある場合とは、震災・風水害等の自然災害、火災などの災害、急病、出産、交通事故などによって届け出ができない場合をいいます。

【注意】

1 この届は、原則として提出期限の月又はその前月中に診断を受けた「特別児童扶養手当認定診断書」等に添付して、提出期限(現在の有期年月の末日)までに提出してください。

正当な理由(※)がなく期限までに提出しない場合には、その間の手当の支給を受けることができなくなりますので注意してください。

なお、正当な理由(※)がある場合は、上記「理由欄」にその理由を記入してください。

診断書は、原則として、「提出期限の月又はその前月中に診断を受けた診断書」となっていますが、提出期限の月のおおむね3か月前の診断年月日のものまで有効としています。

ただし、その取扱いについては、下記2のとおりとなりますのでご留意ください。

2 提出された診断書の審査結果により、障害程度軽減又は障害程度非該当となった場合は、診断書の診断日の属する月の翌月から手当額が減額又は診断日で資格喪失となります。

なお、診断書の診断日によっては、すでに受領済みの手当を返還等しなければならない場合があります。

また、審査結果により、障害程度が増進となった場合は、「額改定請求書」の提出が必要となり、手当額の増額は、「額改定請求書」が提出された月の翌月からとなります。

3 診断書は、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定要領」に定める様式を使用してください。(市町村の手当担当窓口にあります。)

4 診断書の提出に代えて手帳の写しを提出できる場合についての概要は下記のとおりですが、詳しくは、お住まいの市町村の手当担当者にお聞きください。

ア 身体障害者手帳

視覚、聴覚、平衡機能、音声・言語・そしゃく機能・肢体不自由のおおむね1から3級

イ 療育手帳

障害程度が(A)・Aの1・Aの2の場合

特別児童扶養手当障害認定(有期更新)届

市 受付	記入例	号 日
市 提出		日

受給者氏名	松戸 太郎	証 書 記号・番 号	千特第 123456 号
対象児童氏名	松戸 花子	在宅又は 在学 学校名・施設名	松戸小学校
受給資格者 現住所	松戸市根本387-5		電話 047-366-1111
現在の 特児等級	1 級	現在の 有期年月	令和元年7月

届出事項	1 特別児童扶養手当認定診断書を提出します。 (手帳をお持ちの場合は併せて提出してください。)	診 断 年 月 日	年 月 日
(該当項目を ○でかこんで ください)	2 身体障害者手帳の提出するものに○してください。		
	3 療育手帳(Ⓐ、A)の手帳を提出しよ。 (裏面【注意】4をお読みください。)		

身障手帳 (最新のもの)	手帳番号	第 12345 号	手帳番号	第 号
	等級	級		
	障害名	記入不要		
	交付 (再認定) 年月日	年 月 日	交付 (再判定) 年月日	年 月 日
	発行者		発行者	

上記のとおり、届け出します。

令和 年 月 日 ←日付はいれなくてください

千葉県知事 様

氏名 松戸 太郎 (受給者(保護者)の名前)

(記名押印に代えて署名することができます。)

- (注意)
- ◎ この届は、特別児童扶養手当の障害認定で有期認定を受けている方が、再認定(有期更新)のために必要な「特別児童扶養手当認定診断書」等を提出する際に添付するものです。
 - ◎ 提出期限(現在の有期年月の末日)までにこの届を提出できなかった方で、正当な理由(裏面※参照)がある場合は、裏面の理由欄に記入してください。
正当な理由(※)がなく期限内に提出しない場合には、その間の手当の支給を受けることができなくなります。
 - ◎ 詳しくは裏面をよくお読みください。

審査欄(千葉県において記入します。)			
有期認定	特児等級	級	次回有期年月
			令和 年 月