様式第四号（第二条関係）

**特**

|  |  |
| --- | --- |
| ※※ 第　　　　号 |   |
| ※経　　由 市町村名 |  | ※市　町　村 受付年月日　 令和　　年　　月　　日 |
| ※市 町 村 提　　出 | 令和　　年　　月　　日　　　　　　第　　　 号 | ※市　町　村 令和　　年　　月　　日 再　提　出 　　　　第　　　　　号 |
| **特別児童扶養手当額改定請求書** |
|  についてあなたのこと | （ふりがな） |  | 証　書　の記号・番号 | 和 特第　　　　　　号 |
| 受給者名 |  |
| 住　　所 | 　　 |
| 個人番号 |  |
| 障害児のことについて | （ふりがな） |  |  |
| 支給対象児童の氏名 |  |  |
| （生年月日） | （平成　　年　　月　　日生） | （平成　　年　　月　　日生） |
| 個人番号 |  |  |
| 請求者との続柄 |  |  |
| （同居・別居の別） | （　同居　・　別居　） | （　同居　・　別居　） |
| ①父の氏名 |  |  |
| ②母の氏名 |  |  |
| ③障害年金の　受給状況 | 支給されている支給停止申請中支給されていない | } | 種　類（　　　 　） | 支給されている支給停止申請中支給されていない | } | 種　類（　　　 　） |
| 障害者手帳の番号及び障害等級(手帳写添付) |  |  |
| 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 　　　　　　　　 　　 印 　　 和歌山県知事　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　　　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下さい。※､※※の欄は記入する必要がありません。

◎ 字は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。

注　意

１　①及び②の欄は、それぞれ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　③の欄は、支給対象障害児の障害年金の受給について、該当する文字を○で囲んで下さい。

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の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って、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る場合であって、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、その指示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 があるときは、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・動脈りゅう

骨または関節結核・骨ずい炎・骨または関節損傷・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、市役所または町村 役場の人によく聞いて下さい。