

◎ ※の欄には語句を記入する必要はありません。

※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 再提出	令和 年 月 日 第 号
※遅 延 届 出	有期限内に提出 がない場合に記入	遅延理由 事前申告	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 遅延理由書作成 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 不支給期間発生説明了承済

特別児童扶養手当 障害診断書提出届（額改定請求書）

氏名住所	① 受給資格者 氏 名		② 証 書 番 号	奈 特 _____号
	③ 住 所			
対象児童の状況	④ 対象児童 の 氏 名	平成 令和 年 月 日生	平成 令和 年 月 日生	
	⑤ 在学学校 施 設 名			
	⑥ 請求者との 続 柄	(同居 ・ 別居)		(同居 ・ 別居)
	⑦ 障 害 名			
	⑧ 添付診断書 又 は 手帳の写し	イ 診断書 _____年 月 日 作成 ロ 療育手帳「A」の写し ハ 身体障害者手帳の写し	イ 診断書 _____年 月 日 作成 ロ 療育手帳「A」の写し ハ 身体障害者手帳の写し	

関係書類を添えて、上記のとおり届出（請求）します。

令和 年 月 日

氏 名

奈良県知事 様

額改定 又は 非該当	級変更年月		非該当年月日	額改定 届出遅延	
	(増額) 年 月 [請求翌月]	(減額) 年 月 [診断書作成翌月]	年 月 日 [診断書作成日]	不支給 期 間	年 月 ~ 年 月
障害 状況	障害内容	等級	有期年月日	20歳到達年月日	備考
	前		年 月	年 月 日	
後		年 月			

◎ ※※の欄には語句を記入する必要はありません

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。