

※※ 第 号			
※ 経 由 区市町村名		※ 区市町村 令和 年 月 日 受付年月日	
※ 区市町村 令和 年 月 日 提 出 第 号		※ 区市町村 令和 年 月 日 再 提 出	
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当障害状況届 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当額改定請求書			
提出理由		<input type="checkbox"/> 有期更新 <input type="checkbox"/> 障害変更 <input type="checkbox"/> 障害重度化 <input type="checkbox"/> 障害追加 <input type="checkbox"/> 児童増加	
受給者	(ふりがな)		
	① 氏 名	② 受給者 記号・番号	東特 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・令和 年 月 日生)	(平成・令和 年 月 日生)
	⑥ 個人番号		
	⑦ 障 害 名 (有 期)	(平成・令和 年 月 まで)	(平成・令和 年 月 まで)
	⑧ 身体障害者手帳 番号・障害等級	第 号 級 (交付 年 月 日)	第 号 級 (交付 年 月 日)
	愛の手帳番号 ・障害等級	第 号 度 (判定 年 月 日)	第 号 度 (判定 年 月 日)
	診断書(第 号)	(診断 年 月 日)	(診断 年 月 日)
	⑨ 請求者との続柄 (同居・別居の別)	(同居・別居)	(同居・別居)
	⑩ 父 の 氏 名		
⑪ 母 の 氏 名			
⑫ 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	
<input type="checkbox"/> 関係書類を添えて、特別児童扶養手当の支給要件の確認のため、障害状況を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 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 東京都知事殿			
※※ 改定・却下	改定年月 年 月	対象障害児数 (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はありません。

◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

注 意

- 1 ⑦欄の「有期」については、「有期更新」の場合のみ記入してください。
- 2 ⑩及び⑪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。
- 3 ⑫欄は、支給対象児の障害による年金の受給について、該当する文字を○でかこんで下さい。

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。

- 4 特別児童扶養手当額改定請求を行う場合は以下の書類を添付願います。

ただし、既に特別児童扶養手当の支給が行われている対象児童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) 対象児童の戸籍の謄本又は抄本とその対象児童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って、請求者以外の父又は母も対象児童を監護しているときは、その請求者が主としてその対象児童の生計を維持していること、又は主としてその対象児童を介護していることを明らかにできる書類
- (3) 請求者が父又は母である場合であって、対象児童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、対象児童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対象児童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) 対象児童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・動脈りゅう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他

- 5 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・区役所又は町村役場の人によく聞いてください。