

(表面)

様式第四号 (第二条関係)

※※第 号					
※経 由 市区町村名 鳥取市	市区町村 平成 19・12・1 受付年月日				
市区町村 平成 19・12・5 提 出 ○○ 第 10 号	市区町村 平成 . . 再 提 出 第 号				
<u>特別児童扶養手当額改定請求書</u>					
あとなに たつの いて	① (ふりがな) 氏 名 鳥取 太郎	② 証 書 の 記号・番号 鳥取第4000号			
	③ 住 所 鳥取市東町1丁目1				
障 害 児 の こ と に つ い て	④ 支給対象障害児の 氏名 (生年月日) 鳥取 一郎 (昭和 平成 12年 1月 1日生)	(昭和 平成 年 月 日生)			
	⑤ 請求者との続柄 (同居・別居の別) 長 男 (同居) ・ 別 居	(同居 ・ 別 居)			
	⑥ 父 の 氏 名 鳥取 太郎				
	⑦ 母 の 氏 名 鳥取 花子				
	⑧ 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			
	⑨ 身体障害者手帳の 番号及び障害等級 第1234号 2 級				
	⑩ 障 害 名 脳性マヒ				
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。 平成 19 年 12 月 / 日 氏 名 鳥取太郎 (鳥取) 鳥取県 知 事 ○○○○ 様					
※※ 改定・却下	改 定 年 月 年 月	対象障害児数 (1 級) 人 (2 級) 人	証 書	作成・改訂	平成 . . 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ください。

(日本工業規格 A列4番)