

※※第		号	
※経 由 市区町村名		※市 区 町 村 受付年月日	
※市 区 町 村 提 出		※市 区 町 村 再 提 出	
第		号	
第		号	
特 別 児 童 扶 養 手 当 額 改 定 請 求 書			
受給者について	①(フリガナ) 氏 名		
		② 受 給 者 記号・番号	
	札幌 第		号
	③ 住 所	〒	
	④ 個 人 番 号		
障がい児のことについて	⑤支給対象障がい 児の氏名 ( 生 年 月 日 )	( 年 月 日生 ) ( 年 月 日生 )	
	⑥ 個 人 番 号		
	⑦ 請求者との続柄 (同居・別居の別)	続 柄 ( 同居 ・ 別居 )	
	⑧父 の 氏 名		
	⑨母 の 氏 名		
	⑩障がいによる年金 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 }	
	⑪障がい手帳の種類、手帳 番号、等級、判定年月日		
	⑫ 障 が い 名		
誓約事項 <input type="checkbox"/> 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。			
関係書類を添えて、特別児童扶養手当受給資格の額改定を請求します。			
年 月 日			
(あて先) 札幌市長 秋元 克広 氏 名 電話番号			
※※ 改定・却下	改定年月	年 月	対象障がい児数
			(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がありません。字はかい書ではっきり書いてください。  
(お問合せ先)

住 所  
電話番号

## 1 添付書類

この書類を提出する際は以下の書類を添付してください。ただし、既に特別児童扶養手当が支給されている障がい児の障がい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ことは、(3)から(6)までの書類は添える必要がありません。

- (1) 障がい児についての医師又は歯科医師の診断書
- (2) 障がい児の障がいが以下のいずれかの場合はエックス線写真  
呼吸系結核・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・動脈瘤・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他
- (3) 支給対象障がい児の戸籍の謄本又は抄本とその障がい児の属する世帯全員の住民票の写し
- (4) 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がい児を監護しているときは、その請求者が主としてその障がい児の生計を維持していること、又は主としてその障がい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
- (5) 請求者が父又は母である場合であって、支給対象障がい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
- (6) 請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障がい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がい児を養育していることを明らかにする事ができる書類

## 2 注意事項

- (1) 療育手帳(A判定、かつ、判定年月日から2年を経過していないものに限る。)又は身体障害者手帳障がい部位ごとの等級が(1～3級(下肢の一部は4級まで可)、かつ、交付年月日から1年を経過していないものに限る。)をお持ちの場合は診断書の提出を省略できる場合があります。
- (2) 障がい程度判定の結果、認定となった場合、診断書提出月の翌月分から増額となります。