

※※第 号													
※経 由 市区町村名		※市 区 町 村 受付年月日											
※市 区 町 村 提 出 第 号		※市 区 町 村 再 提 出 第 号											
<u>特 別 児 童 扶 養 手 当 額 改 定 届</u>													
(フリガナ) 受給者の氏名			受 給 者 記号・番号										
受給者の住所	〒												
個 人 番 号													
支給対象障がい児でなくなった障がい児 又は障がいの程度が低下した支給対象 障がい児の氏名・生年月日	改 定 の 理 由			理由の発生した年月日									
[年 月 日 生]	ア・イ・ウ・エ・オ () ※上記のいずれに該当するか は裏面をご確認ください。			年 月 日									
[年 月 日 生]	ア・イ・ウ・エ・オ () ※上記のいずれに該当するか は裏面をご確認ください。			年 月 日									
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。												
上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。													
年 月 日													
(あて先) 札幌市長 秋元 克広 氏 名 電話番号													
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。

- ・障がい程度が非該当又は軽減した場合、当該児童についての診断書を添付してください。
- ・全ての児童が対象児童でなくなる場合、『資格喪失届』を提出してください。

表面の「改定の理由」は以下から選択してください。

ア：児童が受給者に監護されなくなった、又は養育されなくなった

イ：児童が死亡した

ウ：児童が20歳に到達した

エ：児童が施設に入所した

オ：その他（カッコ内に具体的に記入してください。）

（他の理由の例）

- ・対象児童が国外へ転出した