

# 特別児童扶養手当

(該当欄にレ点を記入する)

記号	証書番号	校番	<input type="checkbox"/> 資格喪失届	<input type="checkbox"/> 再認定請求書	市町村コード
長特			<input type="checkbox"/> 受給者死亡届 未支払手当請求書	<input type="checkbox"/> 額改定届(減額)	

市町村名	市町村受付	市町村提出	提出番号	市町村再提出	市町村再提出番号	保健福祉事務所受付年月日
市町村 平成 年 月 日	市町村 平成 年 月 日	市町村 平成 年 月 日	第 号	市町村 平成 年 月 日	第 号	平成 年 月 日

## 資格喪失届

受給者について	フリガナ 氏名	姓	名	資格喪失年月日	資格喪失の理由を具体的に記入してください			
	住所	児童が福祉施設に入所した状況について※		措置(入所)年月日	施設名			
	個人番号	公的年金受給の場合その年金補償について		支給(加算)開始年月日	裁定年月日			

証書添付	最終支払期
有 無	平成 年 月

※施設入所の場合、入所措置日の前日が資格喪失日となります。

支 払 予 定 額	支払予定合計額	債 権 発 生 予 定 額	債権発生予定合計額
年度 12月期 4月期 8月期			

## 受給者死亡・未支払手当請求書

死亡者について	フリガナ 氏名	姓	名	死亡した日	平成 年 月 日
	住所	個人番号			
請求者となる児童について	フリガナ 氏名	姓	名	住所	個人番号
	手当の受け取りについて	1 口座振替 2 送 金		※口座名義人名は姓と名の間に1マスあけて、濁点も1マスとすること。 ※通帳等は本人のものに限る。	
	ゆうちょ銀行	通 帳 記 号	通帳番号(右づめで記入してください)	口座名義人(カタカナ)	
	口座振替	銀行 金庫 信組 信連 農協	本店(所) 支店(所) 出張所	金融機関コード	支店コード
	金融機関	預金種目	1 普通 2 当座	口座名義人(カタカナ)	
	送 金	口座番号(右づめ)	郵便局名(簡易郵便局除く)		郵便局コード

※太枠の中のみ記入してください。灰色の部分は、記入する必要はありません。

## 再認定請求書 ( 額改定請求書 )

再認定の対象となる児童について	氏 名	姓	名	生 年 月 日	同 居 別
	氏 名	姓	名	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	日常生活の状況	自宅療養中		その名称	病院 通院回数 児童・(社会)福祉施設入・通所中 在学学校名及び学級
	障がいに基づく公的年金の受給状況	受けていない 受けている 申請中 支給停止中	年金名( )	記号番号等級 (第 号 級)	障がい名
添付した診断書・手帳等写	身障手帳写 療育手帳(判定書)写 診断書 その他( )		長野県 第 号 の 級 児童相談所第 号 A1 : A2	障がい名	級 級変更年月 次回有効期 平成 年 月 平成 年 月
(備考)					

## 額改定届(減額)

受給者について	フリガナ 氏 名	姓	名	個人番号
	住所	個人番号		
対象児童について	氏 名	姓	名	生 年 月 日
	(減額の理由)			減額となった年月日

年度	12月期	4月期	8月期	支払合計

(備考)  
①事実発生年月日 年 月 日  
②確認の帳票  
③確認年月日 年 月 日  
④確認者 ㊟  
⑤その他

上記のとおり届出(請求)をします。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

㊟