様式第五号(第三条関係)

(表　面)

※※第　　号			
※経　　由 市区町村名		※市区町村 受付年月日	令和　・　・
※市区町村　令和　・　・ 提　出　第　　号		※市区町村　令和　・　・ 再提出　第　　号	
特別児童扶養手当額改定届			
(ふりがな) 受給者の氏名		証書の 記号・番号	第　　号
受給者の住所		個人番号	
支給対象障害児でなくなつた障害児又は障害の程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月日	改定の理由	理由の発生した年月日	
(平成 令和　年　月　日生)	イロハニホヘト チリ	令和　年　月　日	
(平成 令和　年　月　日生)	イロハニホヘト チリ	令和　年　月　日	

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。

令和　年　月　日

氏　名

知事

殿

市長

改定年月	対象障害児数	証書作成・改訂
※※　年　月	(1級)　人	令和　・　・ 第　　号
	(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。

◎字は楷書(かい)ではつきり書いてください。

(A列4番)

（裏　　面）

注意

1　「改定の理由」の欄は、次に掲げるところにより該当する文字を〇で囲んでください。

イ　受給者が支給対象障害児の父又は母である場合であつて、その父又は母に監護されなくなつた。

ロ　父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、受給者である父又は母に主として生計を維持されることがなくなつた、又は主として介護されなくなつた。

ハ　受給者が養育者(父母以外の者)である場合であつて、その養育者に養育(同居、監護、生計維持)されなくなつた。

ニ　死亡した。

ホ　日本国内に住所を有しなくなつた。

ヘ　20歳に達した。

ト　障害による年金を受けることができるようになつた。

チ　特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める程度の障害の状態に該当しなくなつた。

リ　特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める1級に該当する障害の状態から2級に該当する障害の状態に低下した。

2　この届には、特別児童扶養手当証書を添えて出して下さい。

3　すべての支給対象障害児が1のイからチまでのどれかに該当するようになつたときは、手当を受ける資格がなくなりますので、手当資格喪失届を出して下さい。