



※※第 号

※ 経 由  
市 町 名

市 町  
提 出 年 月 日 令和 年 月 日

※ 市 町 令和 年 月 日  
提 出 第 号

市 町  
再提出年月日 令和 年 月 日

特別児童扶養手当有期更新請求書

特別児童扶養手当額改定請求書

あなたに たつこと	① (ふりがな) 氏 名	② 証 書 の 記号・番号	佐特第 号
	③ 住 所		

障害児の ことについて	④ 支給対象障害児 氏 名 (ふりがな) (生年月日)	(ふりがな) 〔平成 年 月 日〕 〔令和 年 月 日〕	(ふりがな) 〔平成 年 月 日〕 〔令和 年 月 日〕
	⑤ 前 回 等 級	級	級
	※※ 今 回 等 級	級	級
	⑥ 療 育 手 帳 判 定 年 月 日 (次回判定年月日)		
	⑦ 障 害 名		

関係書類を添えて、上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

氏 名 ㊟

佐賀県知事 様

※添付書類 (○をつける) 手当証書・( )手帳の写し・診断書・X線フィルム・心電図

※※更新結果 <input type="checkbox"/> 改定 <input type="checkbox"/> 却下	次回再診断	対象児童数		証 書	<input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 改定	令和 年 月 日
	令和 年 月	1 級				第 号
		2 級				

◎お願いと注意◎ ※は市町において、※※は県が記入します。字は楷書ではっきり書いて下さい。