

様式第4号（第2条関係）

※※	第 号	※	区・支所受付 年 月 日
※	区・支所進達 年 月 日	※	区・支所再進達 年 月 日

特別児童扶養手当 額改定請求書		対象児童の追加	
		対象児童の障害の増進・現在の等級（ ）級	
		対象児童の障害種別の追加・現在の等級（ ）級	
あなた の こ と に	①（ふりがな） 氏 名	② 受給者 記号・ 番号	
	③ 住 所	④ 個人 番号	都特第 号
児 童 の こ と に つ い て	⑤ 支給対象児童の氏名 (生年月日)	(ふりがな) (年 月 日生)	(ふりがな) (年 月 日生)
	⑥ 個人番号		
	⑦ 請求者との続柄 (同居・別居の別)	(同 居 ・ 別 居)	(同 居 ・ 別 居)
	⑧ 父 の 氏 名		
	⑨ 母 の 氏 名		
	⑩ 障害による年金の 受 給 状 況	支給されている 支 給 停 止 申 請 中 支給されていない	支給されている 支 給 停 止 申 請 中 支給されていない
	⑪ 療育手帳・身体障害者手帳 の番号及び障害等級		
	⑫ 障 害 名		
関係書類（診断書（ ）枚、身体障害者手帳（写）、療育手帳（写）、戸籍、その他（ ））を添えて、特別児童扶養手当の額の改定について請求します。 令和 年 月 日 氏名 京都市長 様			
※ 確 認	上記のとおり相違ありません。 区・支所保健福祉センター障害保健福祉課長 (担当者氏名)		
※※ 改定・却下	改定年月 年 月	対象児童数 (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はありません。
◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

注意

- 1 ⑧及び⑨の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入して差し支えありません。
- 2 ⑩の欄は、支給対象児童の障害による年金の受給について、該当する内容を○で囲んでください。

なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。
- 3 この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

ただし、既に特別児童扶養手当の支給が行われている児童の障害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ときは、(1)から(4)までの書類は添える必要がありません。

 - (1) 支給対象児童の戸籍の謄本又は抄本
 - (2) 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児童を監護しているときは、その請求者が主としてその児童を介護していること、又は主としてその児童を介護していることを明らかにすることができる書類
 - (3) 請求者が父又は母である場合であって、支給対象児童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
 - (4) 請求者が父母以外の者である場合は、支給対象児童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児童を養育していることを明らかにすることができる書類
 - (5) 支給対象児童についての医師又は歯科医師の診断書、次の障害にあるときは、エックス線直接撮影写真
呼吸器系結核・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・動脈りゅう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他
- 4 この請求書についてわからないことがありましたら、お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター障害保健福祉課（京北出張所管内にお住まいの方は京北出張所保健福祉第一担当）の窓口で、お聞きください。