

※※ (北特) 第 号			記入例	
※ 経 由 市町村名	新ひだか町		市区町村	令和 年 月 日
市区町村	令和 年 月 日	市区町村	令和 年 月 日	第 号
提 出	第 号	再 提 出	第 号	号

特別児童扶養手当額改定請求書 (再認定届)

あなたに たつ の い こ	フリガナ	ホッカイ ミチオ	② 証書の 記号・番号	北特第 21-88888 号	
	① 氏名	北海 道夫			
③ 住 所	〒	059-9999	電話	090-9090-9090	④ 個人番号 (額改定の場合のみ)
	新ひだか町 静内◆◆☆☆町5丁目6番7号				

障 害 児 の こ と に つ い て	⑤ 支給対象障害児の氏名 (生年月日)	フリガナ ホッカイ ミチタロウ 北海 道太郎 [平成 令和 21 年 5 月 5 日生]	フリガナ [平成・令和 年 月 日生]
	⑥ 個人番号 (額改定の場合のみ)		
	⑦ 請求者との続柄 (同居・別居の別)	続柄 次男 (同居)・別居	続柄 同居・別居
	⑧ 父の氏名	北海 道夫	
	⑨ 母の氏名	北海 海老美	
	⑩ 障害による年金の受給状況	支給されている } 種類 支給停止 } 申請中 } 支給されていない	支給されている } 種類 支給停止 } 申請中 } 支給されていない }
	⑪ 身体障害者手帳の番号及び 障害等級	発行者 第 号 級 平成・令和 年 月 日交付 (再交付された場合は再交付年月日を記入)	発行者 第 号 級 平成・令和 年 月 日交付 (再交付された場合は再交付年月日を記入)
	⑫ 身体障害者手帳に記載され た障害名		
	⑬ 療育手帳の発行者、番号及 び障害等級	発行者 北海道 第 666666 号 A・B	発行者 第 号 A・B
	⑭ 判定日及び次回判定年月	判定 平成・令和 5 年 5 月 5 日 次回 令和 7 年 7 月	判定 平成・令和 年 月 日 次回 令和 年 月
	⑮ 障害 (傷病) 名	広汎性発達障害	
	⑯ 額改定請求理由	1 新たに対象児童となった 2 障害程度が増進した	1 新たに対象児童となった 2 障害程度が増進した

再認定届の場合の提出期限	令和 7 年 11 月	令和 年 月
--------------	---------------------------	--------

関係書類を添えて、特別児童扶養手当に係る 再認定届を提出します。
 額の改定について請求します。

令和 **7** 年 **10** 月 **31** 日

北 海 道 知 事 様

氏 名 **北海 道夫**

※ 添付書類 戸籍、住民票 (世帯全員)、診断書・X線フィルム・身体障害者手帳 (写)、療育手帳 (写)、前住地所得証明、
別居監護申立書・証明、介護申立書、遅延理由書、個人番号確認書類、身元確認書類、その他 ()

※※ 改定・継続 ・却下	改定年月	対象障害児数	証書	作成・改訂	令和 年 月 日
	令和 年 月	(1級) 人 (2級) 人			第 号

◎ 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。字は楷書ではっきり書いてください。
記名押印に代えて署名することができます。