

児 童 扶 養 手 当
特 別 児 童 扶 養 手 当

市町村受付年月日	年	月	日	☐ 障害認定請求書	①	県受付	第	号
市町村受付	第	号		☐ 額改定請求書	②		第	号
				☐ 在留期間等変更届	③		第	号

◎全員が記入して下さい。

受給者氏名				受給者 記号番号	沖児扶 沖 特	第	号
受給者住所	TEL()						
対象者氏名	①	②	③				

◎障害認定の人だけ記入して下さい。

届 出 事 項 該当番号に○印 をつけてください。	児 童 障 害 の 場 合		父(母) 障 害 の 場 合	
	1 診断書を別添のとおり提出します。 (X線写真添付 有・無)		1 診断書を別添のとおり提出します。 (X線写真添付 有・無)	
	2 身体障害者手帳の写しを提出します。		2 身体障害者手帳の写しを提出します。	
	3 療育手帳の写しを提出します。		3 国民年金障害者等級1級の写しを提出します。	

◎期間変更の人だけ記入して下さい。

変 更 事 由	1 在 留 期 間 変 更	変 更 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	2 拘 禁 期 間 変 更		

備 考		上記のとおり請求(届出)します。
		令和 年 月 日
		氏名 沖縄県知事 殿

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 市町村長

[注意]

- 1 この届けは、(特別)児童扶養手当の障害認定の有期認定と在留期間等の再認定の請求をするものです。
- 2 この届けと診断書は、有期認定の期間内に提出してください。期間内に提出しないときは、受給資格がなくなりますので注意してください。
- 3 診断書の様式は、(特別)児童扶養手当法施行規則に定める様式を使用してください。
- 4 当該障害が次の①から⑭のいずれかに該当する傷病に係るものであるときは、エックス線直接撮影写真を添付してください。
①呼吸器系結核 ②肺えそ ③肺のうよう ④けい肺(これに類似するじん肺症を含む) ⑤じん臓結核
⑥胃かいよう ⑦胃がん ⑧十二指かいよう ⑨内臓下垂症 ⑩動脈りゅう ⑪骨又は関節結核
⑫骨ずい炎 ⑬骨又は関節損傷 ⑭その他認定又は審査に際し必要と認められるもの。
- 5 (1)特別児童扶養手当の場合、障害児が療育手帳の「A」又は身体障害者手帳の1.2.3級を受けている者、並びに4級の一部の者で、手帳に記載されている障害名及び等級表の級別によって、障害の程度が法別表第三の各号のいずれかに該当することが明らかと判定できる場合は、療育手帳又は身体障害者手帳の写を提出することによって診断書の提出を省略することができます。
(2)児童扶養手当の場合、児童の父(母)が、国民年金法による障害年金の1級に該当し、障害年金を受けている場合は、その証書等の写を提出することによって、診断書の提出を省略することができます。