

※ 第 号			
※ 経 由 市 町 村 名		※ 市 町 村 受 付 年 月 日	令和 年 月 日
※ 市 町 村 提 出	令和 年 月 日 第 号	※ 市 町 村 再 提 出	令和 年 月 日 令和 年 月 日
特別児童扶養手当再認定請求書			
(ふりがな) 受給者氏名		受 給 者 記 号・番 号	山特第 号
住 所			
児 童 氏 名		児 童 住 所 (別居の場合のみ)	
<p>○ 添付書類等（該当するものを○で囲むこと。）</p> <p>ア 療育手帳Aの写しを提出します。</p> <p>イ 所定の様式による障害認定診断書を提出します。</p> <p>ウ その他（ ）</p>			
<p>上記のとおり、特別児童扶養手当の受給資格の再認定を請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">山口県知事 村岡 嗣政 様</p>			

- (注) 1 受給者は、※の欄は記入しないでください。
2 再認定により、増額改定となる場合には、請求月の翌月から増額改定されます。
3 再認定により、減額改定又は資格喪失となる場合には、診断月の翌月から減額改定又は資格喪失となります。