

※ 市区町村

受付年月日

年

月

日



特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書

鳥取県知事 様

私は、下記（１ 障害児氏名）に記載の児童の障害状態により特別児童扶養手当の受給資格を有しておりますが、この障害の有期診断期間が_____年_____月までとなっておりますので、下記のとおり再審査（診断）を請求します。

年 月 日

受給資格者

住 所	
氏 名	
証 書 記号・番号	鳥特 第 _____ 号

※記名押印に代えて署名することができます。

記

1 障害児氏名		
請求者との続柄 例）長男		
2 障害名（病名）		
3 添付書類（該当するものに○をする）		
ア 所定の様式による障害認定診断書 1 通		
イ 判定年月日が有効期間内である療育手帳Aを有しているので、手帳の写しを添付します。		
ウ 発行から1年以内の障害等級1～3級の身体障害者手帳を有しているので手帳の写しを添付します。		