

千葉市心身障害児童福祉手当支給額変更届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

届出者氏名

次のとおり届け出ます。

① 受給者氏名・住所・連絡先

フリガナ氏名		対象児童との続柄	
住所	千葉市		
連絡先電話番号	- -		
連絡先電子メールアドレス	@		

② 対象児童について（増員・減員の場合はその対象児童）

フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
住所			

③ 手当支給額変更内容

変更のあったものに○をつけ〔 〕内にも記入してください。			
1	身体障害者手帳	〔旧手帳の程度 種 級〕	
2	療育手帳	〔旧手帳の程度 〕	
3	精神障害者保健福祉手帳	〔旧手帳の程度 種 級〕	
4	心身障害児童の増員		
5	心身障害児童の減員	〔減員事由：ア 20歳になった。 イ 障害程度軽減 ウ 死亡〕	
6	その他（具体的に記入してください。）	〔 〕	
上記事項の発生した年月日		年 月 日	
現在の身体障害者手帳の内容	県・市 第 号 種 級		
	交付年月日 年 月 日		
現在の療育手帳の内容	第 号 程度（ ）		手帳なし
	交付年月日 年 月 日		
現在の精神障害者保健福祉手帳の内容	県・市 第 号 級		
	交付年月日 年 月 日		
	有効期限 年 月 日		
	精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けていることを根拠として心身障害児童福祉手当の支給を受けるにあたり、当該手当の支給を受けている間、手帳の内容について千葉市が調査することに同意します。 氏名 (※)		
(※)保護者をご記入ください。なお、手書きしない場合は、記名押印してください。			