

様式第1号

(表 面)

(都道府県名)		障害児福祉手当受給者台帳									
(実施機関名)		(認定年月日 年 月 日) (支給開始年月 年 月 日)						整理番号			
								個人番号			
氏名	(ふりがな)			住所				支払方法 地			
	(ふりがな)				(. . . 変更)				(. . . 変更)		
障害名						障害の程度		令別表第一 号該当			
手 当 額	月 額	改 定 年 月	所 得 状 況	年 次	届出の有無	所得制限該当・非該当別		支 給 停 止 期 間			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非(災)		年 月から 年 月まで			
受給資格 喪失年月日		年 月 日		受給資格 喪失事由							
備考				配偶者 扶養義務者 (続柄)		()		個人番号			
								個人番号		同居 別居	

様式第2号

(表 面)

(都道府県名)		特別障害者手当受給者台帳									
(実施機関名)		(認定年月日 年 月 日) (支給開始年月 年 月 日)						整理番号			
								個人番号			
氏名	(ふりがな)			住所				支払方法 地			
	(ふりがな)				(. . . 変更)				(. . . 変更)		
障害名						障害の程度		令別表第二		号及び 号又は 号該当	
手 当 額	月 額	改 定 年 月	所 得 状 況	年 次	届出の有無	所得制限該当・非該当別		支 給 停 止 期 間			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
	円	. .		年	有・無	該・非 (災)		年 月から 年 月まで			
受給資格 喪失年月日		年 月 日		受給資格 喪失事由							
備考				配偶者 扶養義務者 (続柄)		()		個人番号			
								個人番号		同居 別居	

様式第3号

(表 面)

(都道府県名)		福祉手当受給者台帳						整理番号			
								(認定年月日 支給開始年月)		年	月
(実施機関名)		(ふりがな) ----- (ふりがな) ----- (変更)			住 所	(. . . 変更)			支 払 方 法 地 (. . . 変更)		
障害名		障害の程度				令別表第一 号該当					
手 当 額	月 額	改 定 年 月	所 得 状 況	年 次	届出の有無	所得制限該当・非該当別			支 給 停 止 期 間		
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
	円	. .		年	有・無	該・非(災)			年 月から	年 月まで	
受給資格 喪失年月日		年 月 日		受給資格 喪失事由							
備考				配 偶 者 扶 養 義 務 者 (続 柄)		()			個人番号		
				個人番号						同 居 別 居	

(裏面)

氏名						整理番号					
手 当 支 払 記 録											
区 分		5 月	8 月	11 月	2 月	区 分		5 月	8 月	11 月	2 月
平成 年	支 払 額	円		円		平成 年	支 払 額	円		円	
	支 払 済 日	・	・	・	・		支 払 済 日	・	・	・	・
平成 年	支 払 額	円		円		平成 年	支 払 額	円		円	
	支 払 済 日	・	・	・	・		支 払 済 日	・	・	・	・
平成 年	支 払 額	円		円		平成 年	支 払 額	円		円	
	支 払 済 日	・	・	・	・		支 払 済 日	・	・	・	・
平成 年	支 払 額	円		円		平成 年	支 払 額	円		円	
	支 払 済 日	・	・	・	・		支 払 済 日	・	・	・	・
平成 年	支 払 額	円		円		平成 年	支 払 額	円		円	
	支 払 済 日	・	・	・	・		支 払 済 日	・	・	・	・

○ 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について（平成7年9月12日健医発第1132号厚生省保健医療局長通知）【新旧対照表】
 （下線部が変更部分）

改正後	現 行
<p>一部改正 健 医 発 第 1 1 3 2 号 平成 7 年 9 月 1 2 日</p> <p>一部改正 障 発 第 2 4 5 号 平成 1 2 年 3 月 3 1 日</p> <p>一部改正 障発第0329008号 平成 1 4 年 3 月 2 9 日</p> <p>一部改正 障発第0331005号 平成 1 8 年 3 月 3 1 日</p> <p>一部改正 障発第0929008号 平成 1 8 年 9 月 2 9 日</p> <p>一部改正 障発第1222003号 平成 1 8 年 1 2 月 2 2 日</p> <p>一部改正 障 発 0 1 1 3 第 1 号 平成 2 3 年 1 月 1 3 日</p> <p>一部改正 障 発 0 4 2 6 第 5 号 平成 2 5 年 4 月 2 6 日</p> <p>一部改正 障 発 0 1 2 4 第 4 号 平成 2 6 年 1 月 2 4 日</p> <p>一部改正 <u>障 発 1 1 1 2 第 7 号</u> <u>平成 2 7 年 1 1 月 1 2 日</u></p>	<p>一部改正 健 医 発 第 1 1 3 2 号 平成 7 年 9 月 1 2 日</p> <p>一部改正 障 発 第 2 4 5 号 平成 1 2 年 3 月 3 1 日</p> <p>一部改正 障発第0329008号 平成 1 4 年 3 月 2 9 日</p> <p>一部改正 障発第0331005号 平成 1 8 年 3 月 3 1 日</p> <p>一部改正 障発第0929008号 平成 1 8 年 9 月 2 9 日</p> <p>一部改正 障発第1222003号 平成 1 8 年 1 2 月 2 2 日</p> <p>一部改正 障 発 0 1 1 3 第 1 号 平成 2 3 年 1 月 1 3 日</p> <p>一部改正 障 発 0 4 2 6 第 5 号 平成 2 5 年 4 月 2 6 日</p> <p>一部改正 障 発 0 1 2 4 第 4 号 平成 2 6 年 1 月 2 4 日</p>
<p>各 都道府県知事 殿</p> <p>厚生省保健医療局長</p> <p>精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について</p> <p>(略)</p> <p>(別紙)</p> <p>精神障害者保健福祉手帳制度実施要領</p>	<p>各 都道府県知事 殿</p> <p>厚生省保健医療局長</p> <p>精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について</p> <p>(略)</p> <p>(別紙)</p> <p>精神障害者保健福祉手帳制度実施要領</p>

第一 (略)
第二 手帳の交付手続き
1～5 (略)
6 手帳の交付台帳
(1) (略)
ア 精神障害者の氏名、住所及び生年月日、個人番号
イ～オ (略)
(2) (略)
第三・第四 (略)

第一 (略)
第二 手帳の交付手続き
1～5 (略)
6 手帳の交付台帳
(1) (略)
ア 精神障害者の氏名、住所及び生年月日
イ～オ (略)
(2) (略)
第三・第四 (略)

(別紙様式1)

※市町村名

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳申請書

〇〇〇知事 殿

平成 年 月 日

私は、次の事項(○印)について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の

〔 新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 都道府県間の住所変更による手帳交付 〕

(申請項目を○で囲んでください)

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ 氏名	印	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所			
	電話 ()			
<u>個人番号</u>				
家族の 連絡先 (申請者が 18歳未満の 場合記入)	フリガナ 氏名	本人との 続柄 (○印)	父 母 祖父母 その他()	兄弟姉妹
	住所			
電話 ()				
添付書類 (○印)	医師の診断書(手帳用) 年金証書等の写し (級) ・ 同意書 特別障害給付金受給資格者証等の写し (級) ・ 同意書 写真(縦4cm×横3cm)			
既存の手帳	※有効期限	平成 年 月 末日	※手帳番号	
申請書を提出した者	氏名	印	本人との関係	住所 電話 ()

- (注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証」(特別障害者給付金支給決定通知書)及び国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写しが必要です。
- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給者資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
- 3 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。
- 4 ※の欄は記入しないでください。

(別紙様式4)

※市町村名		
※受理年月日	年	月 日

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

〇〇〇知事 殿

平成 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出・申請をします。

- 1 [①都道府県内における住所変更、②都道府県を越える住所変更、③氏名の変更] の届出
(変更内容)

旧	
新	

- 2 [①汚れ、②破り、③紛失] したため再交付の申請
3 写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

申請者 氏 名 印
住 所
個人番号
現行の手帳番号

(注) 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出して下さい。

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日				
	フリガナ 受診者住所					電話番号					
	個人番号										
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2					
	保護者個人番号										
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名					
	受診者と同一保険の加入者										
	受診者と同一保険の加入者個人番号										
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続 ※4	該当・非該当			
身体障害者手帳番号					精神障害者保健福祉手帳番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名					所在地・電話番号					
受給者番号 ※5											
治療方針の変更 ※6	有・無				診断書の添付 ※6、※7	有・無					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※8</p> <p>平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿</p>											

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日		
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続	該当・非該当
所得確認方法	個人番号	市町村民税課税証明書	市町村民税非課税証明書	標準負担額減額認定証	生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）	
前回の受給者番号				今回の受給者番号		
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規					
備考						

別紙様式第3号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院）													
受 診 者	フリガナ							性別	生年月日				
	氏名							男・女	明 治 大 正 昭 和 平 成	年	月	日	
	フリガナ												
	住所												
	個人番号												
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ							続柄					
	氏名												
	フリガナ												
	住所												
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで		
変 更 内 容	事項	変更前					変更後						
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）												
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）												
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）												
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号												
備考													
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。													
届出者氏名		印											
平成 年 月 日		〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿											

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日				
<p>(あて先) 市町村長</p> <p style="text-align: right;">(申請者)</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;"><u>個人番号</u></p> <p style="text-align: right;">電話</p> <p style="text-align: right;">対象者との続柄</p>				
<p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p>				
対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	<u>（個人番号）</u>			
生年月日	年 月 日	性 別	電 話	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	障害種別			障害等級
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)			
購入・修理を受ける 補装具名				
判定予定日				
希望する 補装具業 者	名 称			
	所在地			
	電 話		FAX	
該当する所得区分	1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上			
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

様式第3

身体障害者居住地等変更届書

私は、 年 月 日下記のとおり〔居住地〕
氏名〕を変更したので届けます。

年 月 日

氏 名

個人番号

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

記

- 1 新居住地
旧居住地
- 2 新氏名 ()
旧氏名 ()
- 3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

手帳番号	交付年月日	障害名	等級	児童との 続柄
	年 月 日		種 級	

年 月 日身体障害者手帳記載済

福祉事務所長
町 村 長

印
印

文 書 番 号
年 月 日

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

福祉事務所長
町 村 長

印
印

上記のとおり身体障害者〔居住地〕
氏名〕変更届があったので通知します。

備考 児童の場合は、2の()内に児童の氏名及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。不要の文字は抹消すること。

様式第5

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

住 所
氏 名
続 柄

年 月 日 生

個人番号

15歳未満の
児童の氏名

年 月 日 生

個人番号

都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長

私は、次のとおり { 紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので
障害程度が変更しましたので } 関係書類を添えて再交付を申
請します。

旧手帳番号 (年 月 日交付)

- 備考 1 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっている。この場合には、児童の氏名、及び生年月日及び個人番号を 内に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 不要の文字は抹消すること。

様式第6

身体障害者手帳返還届

年 月 日

住 所
氏 名

下記の者 のため身体障害者手帳を返還します。

福祉事務所長 殿
町 村 長

記

返還者 住 所
氏 名
個人番号身体障害者手帳番号
同条交付年月日 年 月 日
障 害 名文 書 番 号
年 月 日都道府県知事
指定都市市長 殿
中核市市長福祉事務所長 印
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。

様式第 3 号

(表 面)

特別児童扶養手当受給資格者台帳													
整理番号		個人番号			平成 年 月 日認定				都道府県名 ()				
氏名	(ふりがな)			住所	(. . 変更)				支払金融機関	名称		口座番号等	
	(ふりがな)				(. . 変更)					(. . 変更)		(. . 変更)	
生年月日		明・大・昭・平 . . .			(. . 変更)				(. . 変更)				
証書	記号・番号		第 号				手当月額	. . .		円 ()			
	. . ()		. . ()		. . ()			. . ()		円 ()			
	. . ()		. . ()		. . ()			. . ()		円 ()			
	. . ()		. . ()		. . ()			. . ()		円 ()			
支障給害対象	等級	氏名		個人番号	続柄	生年月日	該当年月日	有期診断日等	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由		
	1級							
	2級							
								
所得状況届	区分				平成 年		平成 年		平成 年		平成 年		
	届出の有無				有・無		有・無		有・無		有・無		
	所得制限の該当・非該当の別				該・非(災)		該・非(災)		該・非(災)		該・非(災)		
所得額・扶養人数・控除(障・特障・老・勤)				円 人		円 人		円 人		円 人			
支給停止					平成 年 月から 平成 年 月まで		平成 年 月から 平成 年 月まで		平成 年 月から 平成 年 月まで		平成 年 月から 平成 年 月まで		
受給資格喪失		喪失年月日			平成 . .		喪失事由						
備考													

(裏 面)

整理 番号	氏 名	平成 年		平成 年		平成 年		平成 年	
		①	②	①	②	①	②	①	②
特別児童扶養手当支払記録									
12 月 渡	8 月分	円		円		円		円	
	9 月分	円		円		円		円	
	10 月分	円		円		円		円	
	11 月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済 年月日	・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・		円	
4 月 渡	12 月分	円		円		円		円	
	1 月分	円		円		円		円	
	2 月分	円		円		円		円	
	3 月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済 年月日	・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・		円	
8 月 渡	4 月分	円		円		円		円	
	5 月分	円		円		円		円	
	6 月分	円		円		円		円	
	7 月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済 年月日	・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・		・ ・ ・ ・		円	

(日本工業規格 A 列 4 番)

様式第 2 号

(表 面)

特別児童扶養手当受給資格者名簿										
平成 年 月 日認定		市 町 村 名 ()								
整理 番号		個人 番号								
氏 名	(<u>あり</u> な)	住 所	〒				支 払 金 融 機 関	名 称	口 座 番 号 等	
	(<u>あり</u> な)		〒	(平 . . 変更)					(平 . . 変更)	
			〒	(平 . . 変更)					(平 . . 変更)	
生年月日	明・大・昭・平 . .			(平 . . 変更)				(平 . . 変更)		
証書の記号・番号		第 号	証 書 交 の 付 ・ 返 付	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .		
手 当 月 額	平 . .	円 ()		平 . .	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .		
	平 . .	円 ()		平 . .	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .		
	平 . .	円 ()		平 . .	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .		
	平 . .	円 ()		平 . .	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .		
	平 . .	円 ()		平 . .	平 . .	平 . .	平 . .	平 . .		
支 給 障 害 児	等級	氏 名	個人番号	続 柄	生 年 月 日	該 当 年 月 日	非 該 当 予 定 年 月 日	非 該 当 年 月 日	非 該 当 事 由	備 考
	1 級				平		
	2 級				平		
					平		
受給資格喪失		喪 失 年 月 日			喪 失 事 由					
備 考										

(裏 面)

整理番号	氏 名		証 書 の 記号・番号	第 号			
特別児童扶養手当支払記録							
所得状況届	区 分		平成 年	平成 年	平成 年	平成 年	
	届 出 の 有 無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
	所得制限の該当・非該当の別		該 ・ 非 (災)	該 ・ 非 (災)	該 ・ 非 (災)	該 ・ 非 (災)	
所得額・扶養人数・ 控除 (障・特障・老・勤)		円 人	円 人	円 人	円 人		
支 給 停 止		年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで		
区 分	氏 名	個人番号	受給資格者との続柄	受給資格者の所得に係る 税法上の扶養親族等の数 及び12月31日現在の生 計維持した児童の合計数	配偶者又は扶養義務者 の所得に係る税法上の 扶養親族等の数	総所得金額等 の合計額	備 考 (控除の種類等)
平成 年	受 給 資格者 配・扶		本 人			円	
	配・扶					円	
平成 年	受 給 資格者 配・扶		本 人			円	
	配・扶					円	
平成 年	受 給 資格者 配・扶		本 人			円	
	配・扶					円	

(日本工業規格 A 列 4 番)

様式第 3 号

(表 面)

特別児童扶養手当受給資格者台帳

整理番号		個人番号		平成 年 月 日認定	指定都市名 ()					
氏名	(ふりがな)	住所	(. . 変更)	支払金融機関	名称	口座番号等				
	(ふりがな)				(. . 変更)	(. . 変更)				
生年月日	明・大・昭・平 . . .	(. . 変更)	(. . 変更)	(. . 変更)	(. . 変更)					
証書 (交付・返付)	記号・番号	第 号			手当月額	円 ()				
	. . ()	. . ()	. . ()	. . ()	. .	円 ()				
	. . ()	. . ()	. . ()	. . ()	. .	円 ()				
	. . ()	. . ()	. . ()	. . ()	. .	円 ()				
支障 給害 対象	等級	氏名	個人番号	続柄	生年月日	該当年月日	有期診断日等	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由
	1級				
	2級				
					
所得状況届	区分	平成 年	平成 年	平成 年	平成 年					
	届出の有無	有・無	有・無	有・無	有・無					
	所得制限の該当・非該当の別	該・非 (災)	該・非 (災)	該・非 (災)	該・非 (災)					
所得額・扶養人数・控除 (障・特障・老・勤)	円 人	円 人	円 人	円 人						
支給停止	平成 年 月から 平成 年 月まで	平成 年 月から 平成 年 月まで	平成 年 月から 平成 年 月まで	平成 年 月から 平成 年 月まで	平成 年 月から 平成 年 月まで					
受給資格喪失	喪失年月日	平成 . .	喪失事由							
備考										

(裏 面)

整理 番号	氏 名		証 書 の 記号・番号		第 号			
特別児童扶養手当支払記録								
区 分	氏 名	個人番号	受給資格者との続柄	受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	総所得金額等の合計額	備 考 (控除の種類等)	
平成 年	受給資格者		本人			円		
	配・扶					円		
	配・扶					円		
平成 年	受給資格者		本人			円		
	配・扶					円		
	配・扶					円		
区 分	平成 年		平成 年		平成 年		平成 年	
12 月 渡	8 月分	円	②	円	円	円	円	②
	9 月分	円		円	円	円	円	
	10 月分	円		円	円	円	円	
	11 月分	円		円	円	円	円	
	計	円		円	円	円	円	
	支払済 年月日	・ 年 月 日		・ 年 月 日	・ 年 月 日	・ 年 月 日	・ 年 月 日	円
4 月 渡	12 月分	円		円	円	円	円	
	1 月分	円		円	円	円	円	
	2 月分	円		円	円	円	円	
	3 月分	円		円	円	円	円	
	計	円		円	円	円	円	
支払済 年月日	・ 年 月 日		・ 年 月 日	・ 年 月 日	・ 年 月 日	・ 年 月 日	円	
8 月 渡	4 月分	円		円	円	円	円	
	5 月分	円		円	円	円	円	
	6 月分	円		円	円	円	円	
	7 月分	円		円	円	円	円	
	計	円		円	円	円	円	
支払済 年月日	・ 年 月 日		・ 年 月 日	・ 年 月 日	・ 年 月 日	・ 年 月 日	円	

(表 面)

様式第五号の二 (第三条の二関係)

※※第	号		
※経 由 町 村 名	※市 区 町 村 受 付 年 月 日	平成	年 月 日
※町 村 平成 年 月 日 提 出 第 号	※町 村 平成 年 月 日 再 提 出 第 号		
児童扶養手当支給停止関係 } 発生 消滅 変更 届			
(ふりがな) 氏 名	-----	証 書 番 号	第 号
住 所			
① 支給停止事由発生(変更) 平成 年 月 日 イ 所得の高い扶養義務者に扶養されるようになった。 ロ 所得の高い人と婚姻した。 ハ 法第9条の児童(孤児等)の養育者がその児童と養子縁組をした。 ニ 法第9条の児童(孤児等)の養育者がその児童を養育しなくなった。 ホ 法第9条の児童(孤児等)が死亡した。 ヘ 養育している児童のすべてが法第9条の児童(孤児等)に該当しなくなった。 ト その他 ()			
② 支給停止事由消滅(変更) 平成 年 月 日 イ 所得の高い扶養義務者に扶養されなくなった。 ロ 所得の高い扶養義務者が死亡した。 ハ 所得の高い配偶者と婚姻を解消した。 ニ 所得の高い配偶者が死亡した。 ホ 法第9条の児童(孤児等)を養育するようになった。 ヘ 養育している児童が法第9条の児童(孤児等)に該当するようになった。 ト その他 ()			
<u>扶養義務者又は配偶者の氏名及び個人番号</u>		<u>(氏名)</u> <u>(個人番号)</u>	<u>扶養義務者又は配偶者の氏名及び個人番号</u>
		<u>(氏名)</u> <u>(個人番号)</u>	
上記のとおり、児童扶養手当支給停止 } 発生 消滅 変更 について届け出ます。 平成 年 月 日 氏 名 殿 都道府県知事(福祉事務所長) } 市町村長(福祉事務所長) }			
※※ 通知	平成 年 月 日		
備 考			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。

◎ ※、※※の欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

注 意

- 1 ①の欄について
 - (1) 手当が一部支給停止となつている方が全部支給停止となる場合にも、この欄に記入してください。この場合には「(変更)」を○で囲んでください。
 - (2) イの「扶養義務者に扶養されるようになった」とは、受給者が父又は母の場合には、父又は母と民法第877条第1項に定める扶養義務者（以下単に「扶養義務者」という。）とが生計を同じくするようになった場合を指し、受給者が養育者の場合には、養育者が扶養義務者に生計維持されるようになった場合を指します。
 - (3) ハからヘまでの「法第9条の児童」とは、父と母が、死亡したこと、生死不明であること、法令により引き続き1年以上拘禁されていること又は明らかでないことのいずれかに該当する児童をいいます。
 - (4) ヘの「該当しなくなつた」とは
 - 1) 児童があなた以外の人の養子となつた
 - 2) 生死不明の父又は母が生存していることがわかつた
 - 3) 父又は母の拘禁が終了した
 - 4) 児童の父又は母が明らかになつたなどの場合をいいます。
 - (5) 監護している児童、監護し、かつ、生計を同じくしている児童又は養育している児童の数が減つた場合（いなくなつた場合を除きます。）には、併せて児童扶養手当額改定届を出してください。
 - (6) 監護している児童、監護し、かつ、生計を同じくしている児童又は養育している児童がいなくなるなど資格がなくなる場合には、児童扶養手当資格喪失届を出してください。
- 2 ②の欄について
 - (1) 手当が全部支給停止となつている方が一部支給停止となる場合にも、この欄に記入して下さい。この場合には「(変更)」を○で囲んでください。
 - (2) 監護している児童、監護し、かつ、生計を同じくしている児童又は養育している児童の数が増えた場合には、併せて児童扶養手当額改定請求書を出してください。
- 3 この届けに添えなければならない書類は、次のとおりです。なお、省略できるものがある場合もありますので、市役所、区役所又は町村役場の人に確認してください。
 - (1) ①の欄のイ又は②の欄のイ若しくはロに該当する方は、あなたと扶養義務者の続柄が明らかになる書類、扶養義務者の前年又は前々年の所得が明らかになる書類及び扶養されるようになった（又は扶養されなくなつたか扶養義務者が死亡した）ことが明らかになる書類
 - (2) ①の欄のロ又は②の欄のハ若しくはニに該当する方は、配偶者と婚姻（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。以下同じ。）した（又は婚姻を解消したか配偶者が死亡した）ことが明らかになる戸籍の謄本又は抄本などの書類、配偶者の前年又は前々年の所得が明らかになる書類及び世帯の全員の住民票の写し
 - (3) ①の欄のハに該当する方は、養子縁組をしたことが明らかになる戸籍の謄本又は抄本
 - (4) ①の欄のニ又は②の欄のホに該当する方は、養育しなくなつた（又は養育するようになった）ことが明らかになる書類と世帯の全員の住民票の写し
 - (5) ①の欄のホに該当する方は、死亡を証する書類
 - (6) ①の欄のヘ若しくはト又は②の欄のヘ若しくはトに該当する方は、その事実が明らかになる書類
- 4 この届けについて分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。