

# 申 立 書

(児童扶養手当一部支給停止適用除外事由届出用)

令和 年 月 日

加古川市長 様

証書番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

下記の者の介護を行う必要があり、就業することが困難である旨を申し立てます。

介護が必要な方	氏 名 ( 年 月 日生 ) 住 所 受給者との続柄
病 状	
手帳などの添付書類	・身体障害者手帳 1・2・3 級 ・療育手帳 A ・精神障害者手帳 1・2 級 ・その他 ( ) ・医師の診断書 ・特定疾患医療受給証 ・特定疾病療養受療証 ・特定医療費 (指定難病) 受給者証
備 考	

民生委員 確認欄	令和 年 月 日 上記の申立てが事実であることを確認します。
	申立人 _____ 様 民生委員 住 所 氏 名 _____ (印)

※ 民生委員の署名が必要な方は、各地区担当の民生委員をご案内いたしますので、家庭支援課(TEL 079-427-9212)にお問合せ下さい。