

※第		号	※受付年月日	年	月	日
<p>児童扶養手当の有期認定期間満了に伴う <u>継 続 支 給 願</u></p>						
受給者氏名				証書番号		
障がい者氏名				有期認定の 終 期	年 月	
障がい名						
障がい者の状況 (精神内部障がい者のみ記入すること)	入院の状況					
	就労(学)の状況					
	必要とする介護の内容					
	日常生活の状態					
<p>上記のとおり診断書の有効期限が切れましたので診断書又は療育手帳の写しを提出しますので継続支給して下さるようお願いいたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>(宛先) 秋田市長</p>						

- ◎ ※の欄には記入する必要がありません。
- ◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。