

記入例

※受付場所	※認定番号
太田市	

(表面)

児童手当・特例給付
額改定認定請求書
額改定届

(宛先) 太田市長

提出年月日	※受付確認年月日
令和 4年 5月 13日	令和 年 月 日

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等) おおた いちろう 太田 一郎	住所 (法人の主たる事務所 の所在地) 太田市 ○○町 ○○番 ○○号 電話 090-(1234)-5678
性別	男 女	生年月日 昭和 平成 4年 2月 2日
職業	ア 被用者 イ 公務員 ウ 被用者等でない者	加入している 公的年金制度 の種類 ア 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合 は選択してください。 ・私立学校教職員共済 ・国家公務員共済 ・地方公務員等共済 イ 国民年金 ウ その他 ()

増額又は減額の別

増額 ・ 減額

増額又は減額の原因となる児童

氏名	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	海外留学をして いる場合の出国 年月	住所	監護の 有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する場合 に○印
太田 月美	子	H R 4年 5月 8日	同・別	H R 年 月		有・無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		H R 年 月 日	同・別	H R 年 月		有・無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		H R 年 月 日	同・別	H R 年 月		有・無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		H R 年 月 日	同・別	H R 年 月		有・無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		H R 年 月 日	同・別	H R 年 月		有・無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

増額した理由

ア 出生
イ その他 ()

減額した理由

ア. 死亡した
イ. 監護しなくなった
ウ. 生計を同じくしなくなった
エ. 生計を維持しなくなった
オ. 日本国内に住所を有しなくなった
(留学を理由とするものを除く)
カ. 未成年後見人でなくなった
キ. 父母指定者でなくなった
(児童の生計を維持する父母等の帰国)
ク. 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院
ケ. 児童と同居しなくなった
(単身赴任の場合を除く)
コ. その他 ()

事由の発生した年月日

令和 4年 5 月 8 日

備考	※認定・改定・ 却下	※認定・改定・ 却下年月日	※認定・改定 年月	※手当月額
		年 月 日	年 月	3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎ ※印の欄は、記入しないでください。
◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

(日本産業規格A列4番)

入力	確認	通知