

児童手当 額改定認定請求書 額改定届							
受給者	フリガナ	アキシマ タロウ		生年月日	昭和〇〇 年 〇 月 〇〇 日		
	氏名	昭島 太郎		電話番号	080—××××—××××		
	住所	昭島市田中町1丁目17番1					
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 海外留学の別	監護の 有無	生計関係	※児童との関係 で、該当する 場合に○印	
昭島 二郎	子	令和〇年 〇月 〇〇日	同居・別居 海外留学 (年 月 ~)	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	
			同居・別居			・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	
		増額の原因となる児童（出生等で新たに養育する児童）の情報を記入してください。				・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	
増額又は減額の原因となる児童の兄弟等 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)							
氏名	続柄	生 年 月 日	同居・別居 海外留学の別	監護相当 の有無	生計費負担 の有無		
		年 月 日	同居・別居 海外留学 (年 月 ~)	有・無	有・無		
		年 月 日	同居・別居 海外留学 (年 月 ~)	有・無	有・無		
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い (留学を理由と) カ. 未成年後見人でなくなった キ. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった						
	ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった シ. その他()						
事由の発生した年月日			令和〇 年 〇 月 〇〇 日				
上記のとおり、額改定の届出をします。							
(あて先) 昭 島 市 長 令和〇年〇月〇〇日 氏名 昭島 太郎							
・改定 ・却下	改定・却下年月日	改定年月	手 当 月 額		備 考	電算 /	
	年 月 日	年 月 日	3歳未満分	円		通知 /	
			3歳以上分	円			
			第三子以降分	円		住民登録の確認 月 日	
			計	円			

太枠の中を楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。