

受付年月日

児童手当・特例給付 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	昭利 平成	年	月	日生
	氏名	昭島 太郎	電話番号	080 - XXXX - XXXX			
	住所	昭島市 田中町1-17-1					

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 一郎	子	平成 年 月 日	同居 ・別居 海外留学(平成 年 月~)	有 ・無	同一 ・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
昭島 次郎	子	平成 年 月 日	同居 ・別居 海外留学(平成 年 月~)	有 ・無	同一 ・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
			同居・別居	無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
				無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
		平成 年 月 日	同居・別居 海外留学(平成 年 月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・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)を含め、現在養育している児童(18歳の年度末を迎える前までの児童)をすべて記入してください。

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. 児童福祉施設等への入所又は里親等への委託
- 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 平成 年 月 日

上記のとおり、額改定の届出をします。

増額の原因となる児童の養育を始めた日(出生日等)

(あて先) 昭島市長

平成 年 月 日

氏名 昭島 太郎

昭島

印

改定	改定・却下年月日	改定年月	手 当 月 額	電算 / 通知 /
	却下	平成 年 月 日	3歳未満分	住民登録の確認 月 日
3歳以上小学校終了前分 第3子以降				
		年 月	円	
			円	
			円	

受給者の氏名

太枠の中を楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
記名押印に代えて署名することができます。

記載された事項は保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。