

児童手当・特例給付 額改定認定請求書

額 改 定 届

南城市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
・ ・	・ ・

受給者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)			住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒	電話	
	性別	男・女	生年月日	加入している 公的年金制度 の種別	ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () () ()	ウ. その他 ()	
	職業	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者				()私立学校教職員共済 ()国家公務員共済 ()地方公務員等共済	

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
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			同・別	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

備考	※認定・改定・却下 年月日	※認定・改定 年月	※手当月額
			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

※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。