

児童手当 額改定認定請求書
額改定届

宛て先 幸田町長
(太枠内のみ記入してください)

提出年月日	※受付確認年月日
令和 年 月 日	

受給者	(ふりがな) 氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者
	住所	幸田町大字 字 番地 電話 ()			

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

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所 (別居の場合のみ記入)	監護の有無	生計関係
		平成・令和 年 月 日	同・別		有・無	同一・維持
		平成・令和 年 月 日	同・別		有・無	同一・維持
		平成・令和 年 月 日	同・別		有・無	同一・維持
		平成・令和 年 月 日	同・別		有・無	同一・維持

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日から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)

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所 (別居の場合のみ記入)	監護相当の有無	生計費負担の有無
		平成 年 月 日	同・別		有・無	有・無

増額した理由	ア. 出生 (人目) 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. 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 ケ. 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) コ. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) シ. その他 ()
--------	---

備考	※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月日	※手当月額
		令和 年 月 日	□15日特例 令和 年 月	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。	※入力	※確認	※支給区分	※認定番号
			非被	