

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 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	ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった
	イ. 監護しなくなった	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)
	ウ. 生計を同じくしなくなった	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
	エ. 生計を維持しなくなった	サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)
	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)	シ. その他 ()
	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	

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	