

児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額改定届

調布市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
年 月 日	年 月 日

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	-----		生年月日	年 月 日
	住所 (法人の主たる事務所 の所在地)	〒 調布市 電話 ()			
	性別	男 ・ 女	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	

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
		年 月 日	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
		年 月 日	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
		年 月 日	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
		年 月 日	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
		年 月 日	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
		年 月 日	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 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	年 月 日
------------	-------

備考	※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
		年 月 日	年 月 日	3歳未満分 3歳以上小学校修了前分 中学生分 計

◎ ※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。