

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	<b>アキシマ タロウ</b>	生年月日	<b>昭和〇〇年〇月〇日生</b>
	氏名	<b>昭島 太郎</b>	電話番号	<b>080 - xxxx - xxxx</b>
	住所	昭島市 <b>田中町1-17-1</b>		

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
<b>昭島 一郎</b>	子	平成〇〇年〇月〇日	<b>同居</b> ・別居 海外留学 (年月~)	<b>有</b> ・無	<b>同一</b> ・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
<b>昭島 次郎</b>	子	令和〇〇年〇月〇日	<b>同居</b> ・別居 海外留学 (年月~)	<b>有</b> ・無	<b>同一</b> ・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
				有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
			海外留学 (年月~)	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母
		年月日	同居・別居 海外留学 (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 **令和〇〇年〇月〇日**

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（出生日など）**

(あて先) 昭島市長

**令和〇〇年〇月〇日**

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		備考	電算 / 通知 /
			3歳未満分	円		
却下	年月日	年月	3歳以上小学校終了前分	円	住民登録の確認	月 日
			第3子以降	円		
			中学生分	円		
			計	円		

太枠の中を楷書(かいしよ)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。