

※ 受付確認
年 月 日 令和 . .

児童手当・特例給付

額改定認定請求書
額改定届

中津川市長 様

本人以外が記載
しても可

下記のとおり、児童手当の額改定認定請求を
いたします。特例給付

届出人 **中津 太郎** 受給者との関係 **本人**

提出年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

※ 認定番号 被 ・ 非

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

受給者	氏名	(フリガナ) ナカツ タロウ 中津 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 ○年 ○月 ○日
	住所 (電話番号)	中津川市 中津川○○番地○○ 電話 (080) 1111 - 1111			職業	<input checked="" type="radio"/> 1 被用者 <input type="radio"/> 2 公務員 <input type="radio"/> 3 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日	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○
中津 かや太	子	平成 ○・△・△ 令和 <input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 同・別	令和 .	同上	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . . 令和 . .	同・別	令和 .		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . . 令和 . .	同・別	令和 .		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . . 令和 . .	同・別	令和 .		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . . 令和 . .	同・別	令和 .		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 (子ども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. 子ども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 ○ 年 △ 月 △ 日

備考	第 子	※認定・改定・却下 年月日	額 円 円 円 円 円	※ 受付印
	令和 . .	出生の場合 (増額) は、 出生日 を記入してください。 その他の理由の場合は、その事由が発生した日を記入してください。		

※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。記名押印に代えて、署名することができます。