

児童手当・特例給付

額改定認定請求書
額改定届

山口市長 様

認定番号：

令和 ○・○・○

令和 ・ ・

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)		やまぐち たろう 山口 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒○○○-○○○ 山口市○○町○○番地○○ 電話 ○○○(○○○○)○○○○
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	○・○・○	加入している 公的年金制度 の種別
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員				ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合 は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済

3歳未満の児童がおり、前回の届出から加入している公的年金制度の種別に変更がある場合は、健康保険証のコピー(受給者のもの)を添付してください。

増額 ・ 減額

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
山口 三太	子	平成 令和 4・5・1	同・別	平成 令和 年 月	同上	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		令和	同・別	令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

手当額変更の理由となる児童のみ記入してください。

増額した理由 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若しくは入院
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 4 ・ 5 ・ 1

受付印	※認定改定却下	お子様の誕生日など、手当額変更の理由が発生した日付を記入してください。		
		令和 ・ ・	令和 ・ ・	3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※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。