

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)	〒		調布市	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	3歳未満分 3歳以上小学校修了前分 中学生分 計
				円 円 円 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。
記名押印に代えて、署名することができます。