児童手当・特例給付　額改定認定請求書
額　改　定　届

大垣市長様

認定番号	

提出年月日	令和　　年　　月　　日

◎お子様が日本国籍でない場合は、お子様の在留カードのコピーが必要です。

受給者		
	フリガナ	
	氏　名	㊞　　男・女
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	住　所	〒 大垣市 （　　）　　ー

増額又は減額の別
増額　・　減額

対象となる児童	氏　名	続柄	生年月日	同居・別居	監護の有無	生計関係	※3歳未満	※3歳以上小学校	※中学生
			・　・	同・別	有・無	同一・維持			
			・　・	同・別	有・無	同一・維持			
			・　・	同・別	有・無	同一・維持			
			・　・	同・別	有・無	同一・維持			
	別居する児童の住所（請求者と住民票が異なる場合記入し、併せて申立書を提出すること。）								

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　　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　　ク．里親委託、児童福祉施設等入所 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	令和　　・　　・

※以下には記入しないでください

備　考	不足	認定・改定・却下年月日	認定・改定年月	手当月額
	子どもの在留カード	令和　・　・	令和　・	3歳未満　円 3歳～小学生　円 中学生　円 計　円

受　付　印