

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	平成	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	④ 男・女		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所	〒 大垣市 () -			

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
			平成 . .	同・別	有・無	同一・維持			
			平成 . .	同・別	有・無	同一・維持			
			平成 . .	同・別	有・無	同一・維持			
			平成 . .	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して、大垣市以外の場合は子どもがいる世帯全員の住民票を添付すること。）

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	平成 . .

※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	平成 . .	平成 .	3歳未満 円 3歳～小学生 円 中学生 円 計 円

受付印