

児童手当・額改定認定請求書 特例給付 額改定届

栃木県那須塩原市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和	令和

受給者	氏名 <small>(法人名等)</small>	ナス タロウ 那須 太郎		住所 <small>(法人の主たる事務所の所在地)</small>	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 那須塩原市〇〇町〇丁目〇番地〇 電話 〇〇〇- 〇〇〇〇- 〇〇〇〇				
	性別	男	職業	<input checked="" type="radio"/> 7. 被用者 <input type="radio"/> 4. 公務員 <input type="radio"/> 9. 被用者等でない者		生年月日	平成〇年〇月〇日		
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、該当する場合に〇印	
那須 二郎	子	令和〇年〇月〇	<input checked="" type="radio"/> 同・別	年 月	受給者と同じ	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母	
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母	
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母	
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母	
			同・別	年 月		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母	
増額した理由			<input checked="" type="radio"/> ア. 出生 <input type="radio"/> 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 〇 . 〇 . 〇					
備考		※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	令和	※認定・改定年月	令和	※手当月額		
							3歳未満分	円	
							3歳以上小学校修了前分	円	
							中学生分	円	
							計	円	

◎ ※印の欄は、記入しないでください。
 ◎ 字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。