児童手当・特例給付　額改定認定請求書　届

現在、児童手当を受給している方（認定時に請求者として記入した方）の名前を記入してください。

提出年月日	※受付確認年月日
平成　・　・	平成　・　・

薩摩川内市長

受給者	（フリガナ）氏名	セン　タロウ 川内　太郎	川内	住所	〒　895　―　8650 薩摩川内市神田町３番２２号 電話　０９９６（　２３　）５１１１
	性別	(男) 女	職業	(ア) 被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者	生年月日 (昭和) 平成　XX　・　XX　・　XX

厚生年金等加入の方はアに○
国民年金・年金未加入の方はウに

増	(増額)　・　減額

出生等で児童手当が増額する場合は「増額」に○
施設入所等で減額となる場合は「減額」に○

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
川内　鹿乃子	子	平成 24・5・31	(同)・別	平成　・　・	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		平成		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　・　・		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成		平成		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		・　・	同・別	・　・		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

増額または減額の対象となる児童のみを記入してください。

増額または減額となる理由に○をしてください。

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	平成　２４　・　５　・　３１

備考	※認定・改定・却下	※認定・改定年月日	※手当月額
	平成　・　・	平成　・	減額以上年後修了前分　円 中学生分　円 円 計　円

増額または減額となる事由が発生した日を記入してください。
（出生の場合は出生日となります）

◎　※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。