

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

稲城市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	氏名 (ふりがな)			生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住所	稲城市 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

ふりがな氏名	性別続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護の有無	生計関係
	男・女	平成 . . 令和	同・別		有・無	同一・維持
	男・女	平成 . . 令和	同・別		有・無	同一・維持
	男・女	平成 . . 令和	同・別		有・無	同一・維持
	男・女	平成 . . 令和	同・別		有・無	同一・維持

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. 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) エ. 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 オ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) カ. その他 ()
--------	--

事由の発生した年月日	令和 . .
------------	--------

備考	児童手当	※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
			令和 . . 台帳確認済	15日特例 (/ まで) 令和 . .	,000 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。