

記入例

児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額改定届

佐賀市長 殿

提出年月日

R6・6・10

※受付確認年月日

昭和 45・12・10
平成

受給者	氏名	佐賀太郎	生年月日	昭和 45・12・10 平成
	住所	佐賀市 栄町1番1号	電話番号	0952(40)7252

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	監護の有無	生計関係	海外留学をしている場合の出国年月
佐賀花子	子	平成 6・6・1 令和	同・別	有・無	同・維持	平成・令和 年月
		平成・令和	同・別	有・無	同・維持	平成・令和 年月
		平成・令和	同・別	有・無	同・維持	平成・令和 年月
		平成・令和	同・別	有・無	同・維持	平成・令和 年月
		平成・令和	同・別	有・無	同・維持	平成・令和 年月

増額対象となるお子様について記入してください。
 養育している子の合計人数が3人以上の場合、18歳に達する日以降の最初の3月31日を経過した子から22歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある子(大学生年代)を記入してください。
 ※児童の兄姉等についての「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。

該当するものに○を付けてください。

※(大学生年代)の有無確認
 無し
 養育している子の合計が2人
 養育している子の合計が3人以上 ⇒ 確認書の提出依頼

お子様を養育するようになった日をご記入ください。
 (例:出生の場合は、出生日)

増額した理由

ア. 出生
 イ. 監護・生計関係が生じた

減額した理由

ア. 死亡した
 イ. 監護・生計関係がなくなった
 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. 未成年後見人でなくなった
 オ. 父母指定者でなくなった
 カ. 里親委託、児童福祉施設等への入所又は指定医療機関への入院
 キ. その他

事由の発生した年月日

令和 16・6・5

受給者番号	認定・改定・却下年月日	認定・改定年月	改定前	区分			被・非	特例給付	有・無	手当月額
				第1子	第2子	第3子				
							(手当月額)		3未	円
							10,000・15,000・20,000 25,000・()		3上	円
							(手当月額)		中	円
							25,000・30,000・35,000 40,000・()		計	円

備考

調整払い
 ・ 月期
 ・ 月分
 ~
 ・ 月分
 調整額 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。
 記名押印に代えて、署名することができます。

受付 入力 確認