

児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額改定届

敦賀市長 殿

受付印 受理印 提出年月日 令和 年 月 日

○太枠内の事項について楷書で正確に記入(該当項目は○または✓を記入)すること。

増額又は減額の別 増額 減額 請求者(受給者) フリガナ 氏名 性別 生年月日 職業 住所 電話 配偶者等(妻・夫) フリガナ 氏名 性別 生年月日 職業 住所 電話

Table with columns: 氏名, 続柄, 生年月日, 住所, 監護養育, 生計関係, 出国年月, 児童との関係, 3歳未満の児童, 3歳以上小学校修了前, 小学校修了後

額改定事由 □ 出生 □ 子の転入 □ 子の転出 □ 子の死亡 □ 子の施設退所等 □ 子の施設入所等 □ 未成年後見人でなくなった □ 父母指定者でなくなった □ 子と監護・生計関係がなくなった □ 子と同居しなくなった □ その他 () 額改定事由発生日 令和 年 月 日

※事務処理欄 額改定事由 額改定事由発生日 処理年月日 令和 改定・却下 支給対象人数/手当月額合計 3歳未満 3歳~小学生 中学生 円 円 円 合計 人 ,000円 □ 額改定事由発生日から15日以内の請求のため、額改定事由発生日の翌月から額改定 被用区分 被・非被 認定番号 □ 児童手当 □ 特例給付 備考 入力 確認