（表面）

児童手当・特例給付　額改定認定請求書
額　改　定　届

提出年月日	※受付確認年月日
・　・	・　・

綾川町長　殿

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒　－ 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	生年月日　・　・

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○印
		・　・	同・別	年　月	1．受給者に同じ 2．（　　）	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		・　・	同・別	年　月	1．受給者に同じ 2．（　　）	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		・　・	同・別	年　月	1．受給者に同じ 2．（　　）	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		・　・	同・別	年　月	1．受給者に同じ 2．（　　）	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		・　・	同・別	年　月	1．受給者に同じ 2．（　　）	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		・　・	同・別	年　月	1．受給者に同じ 2．（　　）	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

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	・　・

備考		※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
			・　・	・	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

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎　※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。