

受付印

認定番号	
------	--

児童手当 額改定認定請求
特例給付 額改定届

(請求先) 新座市長

年 月 日 提出

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名			年 月 日		
	住所	新座市			電話 ()	
	加入している 公的年金 に○印	厚生年金・私学共済・国家公務員共済・地方公務員共済 国民年金・年金未加入・配偶者の扶養・その他 ()				
増額又は減額の別 (どちらかに○印)			増額・減額			
児童手当の額の増額又は減額の原因となる児童						
氏名	生年月日	続柄	同居・別居	別居の場合、児童の住所	監護の有無	生計関係
	・		同・別		有・無	同一・維持
	・		同・別		有・無	同一・維持
	・		同・別		有・無	同一・維持
	・		同・別		有・無	同一・維持
増額した理由				1. 出生した 2. 新たに児童を養育するようになった 3. その他 ()		
減額した理由		1. 15歳に達した日の属する年度が終了した 2. 死亡した 3. 監護しなくなった 4. 生計を同じくしなくなった 5. 生計を維持しなくなった 6. その他 ()				
事由が発生した年月日				年 月 日		

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

改定(増額・減額)年月		対象となる児童		手当月額		入力者
年 月		改定前	改定後	改定前	改定後	
区分	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	人	人	円	円	
備考						こども医療
						済・後日
						受付者