

児童手当・特例給付 額改定認定請求書・届

受付者		受付印
入力済		
非	被	特

(あて先) 寝屋川市長

認定番号

提出年月日	令和 年 月 日	日中連絡先	() -
		夜間連絡先	() -
フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日
受給者氏名	※公務員の方は職場での手続きが必要です。		
住所	寝屋川市		
加入している年金の種類	<input type="checkbox"/> 厚生年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は○をつけてください。 (国家公務員共済・地方公務員等共済の場合は保険証の写しを添付してください。) (私立学校教職員共済・国家公務員共済・地方公務員等共済)		<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他 ()

※該当のものに☑を入れ、増額(減額)対象児童について記入して下さい。

増額 (額改定認定請求)	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 施設退所した <input type="checkbox"/> その他 ()								
	(フリガナ) 増額対象児童氏名	生年月日	続柄	同居区分	監護	施設入所	生計関係		
		平成 年 月 日		同居・別居	有・無	有・無	同一・維持		
		平成 年 月 日		同居・別居	有・無	有・無	同一・維持		
		平成 年 月 日		同居・別居	有・無	有・無	同一・維持		
	別居の場合の住所								
	増額事由発生日	平成 年 月 日	※児童と別居の場合「別居監護申立書」						
減額 (額改定届)	<input type="checkbox"/> 監護(養育)しなくなった <input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 施設入所した <input type="checkbox"/> 里親に委託された <input type="checkbox"/> その他 ()								
	(フリガナ) 減額対象児童氏名	生年月日	減額事由発生日						
		平成 年 月 日	平成 年 月 日						
		平成 年 月 日	令和 年 月 日						

<受付担当者確認欄>

増額対象児童と別居の場合

「別居監護申立書」同時提出

<備考>

<審査欄>

認定・却下年月日	令和
改定年月	令和 年 月
改定後手当月額	円
<input type="checkbox"/> 出生・転入より15日以内の申請	