

児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額改定届 (公務員用)

認定権者	殿	提出年月日	令和 ●●●●●●	※受付確認年月日	令和 ●●●●●●
受給者	(ふりがな) 氏名	×××× ××××	職員番号	AA●●●●●●●●	
	所属庁	●●裁判所	所属局(部)課	●●課	
	住所	〒△△△-△△△△ ○○県○○市○○区○○町×-×- 電話 *** (***) ****	生年月日	昭和 ●●●●●●	住民票上の住所 ダイヤルイン

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

氏名及び個人番号	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
◎ ◎ ★ ★	次男	平成 ●●●●	同 別	年 月	××県××市	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		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		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		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		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 令和 ●●●●●●

備考	※認定・改定・却下年月日	令和 ●●●●●●	※認定・改定年月	令和 ●●●●●●	※手当月額
					3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 25,000 円 中学生分 円 計 25,000 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。